4

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1880 | N° 127

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 27 mars 1880, à 1 heure.

PAR LÉONIDE GUILLAUME AUGIÉRAS

Né à Saint-Pourçain (Allier), le 3 janvier 1856.

Stagiaire au Val-de-Grace.

SUR LA TRACHÉOTOMIE

DANS

LE CANCER DU LARYNX

Président : M. BROUARDEL, *professeur*.

Juges : MM. GOSSELIN, *professeur*. HALLOPEAU, DEBOVE, *agrégés*.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

A. PARENT, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

31, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE, 31

1880

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

Doyen............... M. VULPIAN.

Professeurs............... MM.

Anatomie	SAPPEY.
Physiologie	BECLARD.
Physique médicale	GAVARRET.
Chimie organique et chimie minérale	WURTZ.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	JACCOUD. PETER.
Pathologie chirurgicale	TRELAT. GUYON.
Anatomie pathologique	CHARCOT.
Histologie	ROBIN.
Opérations et appareils	LE FORT.
Pharmacologie	REGNAULD.
Thérapeutique et matière médicale	HAYEM.
Hygiène	BOUCHARDAT
Médecine légale	BROUARDEL.
Accouchements, maladies des femmes en couche et des enfants nouveau-nés	PAJOT.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LABOULBÈNE.
Pathologie comparée et expérimentale	VULPIAN.
Clinique médicale	SEE (G.). LASEGUE. HARDY. POTAIN.
Maladies des enfants	PARROT.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	BALL.
Clinique chirurgicale	RICHET. GOSSELIN. BROCA. VERNEUIL.
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Clinique d'accouchements	DEPAUL.
Clinique des maladies syphilitiques	FOURNIER

DOYEN HONORAIRE : M. WURTZ.

Professeurs honoraires :

MM. BOUILLAUD, le Baron J. CLOQUET et DUMAS.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ANGER.	DELENS.	HENNINGER.	POZZI.
BERGER.	DIEULAFOY.	HUMBERT.	RENDU.
BERGERON.	DUGUET.	DE LANNESSAN.	RICHET.
BOUCHARDAT.	DUVAL.	LANCEREAUX.	RICHELOT.
BOURGOIN.	FARABEUF.	LEGROUX.	RIGAL.
CADIAT	FERNET.	MARCHAND.	STRAUS.
CHANTREUIL.	GAY.	MONOD.	TERRIER.
CHARPENTIER.	GRANCHER.	OLLIVIER	TERRILLON.
DEBOVE	HALLOPEAU.	PINARD.	

Agrégés libres chargés de cours complémentaires.

Cours clinique des maladies de la peau	MM. N.
— des maladies des enfants	N.
— d'ophthalmologie	N.
— des maladies des voies urinaires	N.
Chef des travaux anatomiques	FARABEUF.

Secrétaire de la Faculté : A. PINET.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE

DE MON GRAND PÈRE ET DE MA TANTE

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MA GRAND'MÈRE

A MES SŒURS

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR P. BROUARDEL

Professeur de médecine légale à la Faculté de médecine de Paris
Chevalier de Légion d'honneur, etc.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

A M. LE DOCTEUR KRISHABER

Professeur libre de pathologie laryngée

SUR LA TRACHÉOTOMIE

DANS LE CANCER DU LARYNX

INTRODUCTION.

Les diverses opérations qu'on a l'habitude de réunir sous le nom de traitement curatif du cancer du larynx n'ont pas donné jusqu'ici le succès qu'on en attendait. « L'excision et l'arrachement qui se font avec des guillotines ou des pinces ne permettent d'enlever qu'une portion incomplète de la tumeur et laissent à leur suite une surface ulcéreuse qui ne tarde pas à bourgeonner. Ceci peut s'appliquer à la galvanocaustie. » (Traité pratique des maladies du larynx, Fauvel.) Le traitement curatif par les voies artificielles a semblé au Dr Fauvel produire de meilleurs résultats (obs. III) ; cependant les résultats « de l'extirpation totale du larynx sont préférables à ceux de la laryngotomie suivie d'extirpation de la tumeur. (Le cancer du larynx, par le Dr Krishaber, p. 84.) Mais il faut faire l'opération au début de l'affection, qui, à une période plus avancée, ne permet plus aucune chance de succès. » (Le cancer du larynx, par le Dr Krishaber, page 94.)

Cette condition est presque impossible à réaliser. Dans sa première période, les symptômes du cancer du larynx ne pré-

sentent rien de spécial, et c'est à un « Rhume » simple, à un refroidissement, que les malades font remonter leur affection.

« L'absence totale de douleurs à cette période de la maladie trompe les malades qui, ne souffrant pas, ne se croient pas atteints d'une lésion grave et refusent l'intervention chirurgicale au moment où elle pourrait être le plus avantageusement appliquée. » (Le cancer du larynx, par le Dr Krishaber, page 24.)

Ainsi, c'est presque toujours lorsque les traitements curatifs ne sont plus applicables que le malade a recours au chirurgien. C'est pour cela qu'il nous a paru intéressant de chercher les effets de l'une des méthodes de traitement palliatif de la trachéotomie, qui pour le Dr Fauvel « constitue le traitement palliatif par excellence du cancer laryngien. » (Traité pratique des maladies du larynx, par le Dr Fauvel, page 724.) Pour éliminer toute influence étrangère à celle de la trachéotomie sur la marche de l'affection, nous avons étudié ses effets seulement dans le cas où elle a été pratiquée à l'exclusion de toute autre opération antérieure ou postérieure.

On a trouvé dans le larynx plusieurs variétés de cancer dont la marche n'est pas uniforme ; il aurait été intéressant de distinguer ces diverses variétés de tumeurs, et de déterminer ce qu'on pouvait attendre de l'opération dans chacune d'elles.

Nous n'avons pas trouvé dans les observations que nous avons recueillies les éléments nécessaires à ce travail. En effet « les descriptions histologiques sont trop peu nombreuses et trop imparfaites pour fournir les éléments d'une classification anatomique du cancer du larynx » (Le cancer du larynx, par le Dr Krishaber), à plus forte raison pour permettre de déterminer l'influence de la trachéotomie sur leur

évolution. C'est ce qui nous a forcé à négliger ce côté de la question.

Nous avons passé rapidement en revue les principaux procédés qui ont été appliqués à la trachéotomie dans le cancer du larynx. Puis nous avons passé à l'étude des effets immédiats de la trachéotomie dans cette affection, et de ses effets consécutifs, c'est-à-dire de l'influence qu'elle exerce sur les principaux symptômes, sur l'état du malade, et sur la durée de sa vie.

Avant de commencer notre tâche, nous considérons comme un devoir de reconnaissance de remercier M. le Dr Krishaber, professeur libre de pathologie laryngée, de la bienveillance avec laquelle il nous a aidé de ses conseils, et M. le professeur Brouardel de l'honneur qu'il nous a fait en voulant bien accepter la présidence de cette thèse.

HISTORIQUE.

On peut établir deux périodes dans l'histoire de la trachéotomie: La première est celle où l'opération se faisait à l'aide de l'instrument tranchant, la seconde, celle où le bistouri fut remplacé par le couteau du galvano-cautère ou du thermo-cautère.

Il y a là, en effet, lorsqu'on porte l'action chirurgicale sur un organe, à éviter non seulement les écueils inhérents à toute opération, mais encore les complications qui sont créées par l'importance fonctionnelle de l'organe lui-même.

Ici, le larynx est directement intéressé, il y a à ménager une susceptibilité extrême ; quelques gouttes de sang, échap-

pées d'une artériole divisée par l'instrument tranchant et qui tombent dans sa cavité, suffisent pour provoquer de redoutables accidents asphyxiques.

Nous verrons jusqu'à quel point les couteaux galvanique ou thermique permettent d'opérer *à sec*.

Quoi qu'il en soit, l'opération au bistouri comprend deux procédés principaux, auxquels se rattachent deux grands noms, ceux de Trousseau et de Langenbeck. Le premier pratiquait la trachéotomie en deux temps, le second, d'un seul coup, incisait les couches superficielles et divisait les anneaux de la trachée.

Nous ne saurions apprécier la valeur relative de ces deux procédés : ils ont donné l'un et l'autre, dans les mains de ces maîtres, des succès trop nombreux et souvent inespérés, pour que nous nous permettions de les juger. Cependant, nous ne dissimulerons pas toute la hardiesse du procédé de Langenbeck, et, à notre avis, il nous semble que son indication n'est formelle que dans de rares cas d'asphyxie, où le premier bienfait de l'intervention est en quelque sorte dans son instantanéité.

L'application du galvano-cautère à la trachéotomie a fait faire un pas immense.

M. le professeur Verneuil est le premier qui l'ait employé.

L'hémorrhagie primitive était presque constamment évitée, la suppression des ligatures entraînait un gain de temps dans l'opération, de sorte que le *cito* et le *tuto* classiques semblaient se trouver réunis.

M. le D[r] Krishaber (1) établissait les avantages, qu'il avait retirés de l'emploi du couteau galvanique, dans plusieurs

(1) Annales des maladies de l'oreille et du larynx. Lettre à M. le professeur Verneuil. Paris, décembre 1876.

trachéotomies, que des circonstances diverses rendaient particulièrement difficiles. Mais, à côté, il signalait plusieurs accidents se reproduisant au cours de l'opération, il indiquait la fréquence de l'hémorrhagie secondaire, et même dans une remarquable observation, il relatait le fait d'une hémorrhagie primitive. L'habile opérateur avait dû, dans ce cas, abandonner le couteau galvanique et terminer la section au bistouri. A cela, s'ajoutaient des inconvénients moindres, il est vrai, mais qu'à la suite, il fallait éviter à tout prix : nous signalerons entre autres, la brûlure de la peau de la région par le tissu adipeux fondu et échauffé par le rayonnement du couteau, brûlure légère, au premier degré, mais douloureuse au point de nécessiter l'anesthésie.

Une réponse de M. le professeur Verneuil, à M. le Dr Krishaber, indiqua diverses précautions à prendre contre les accidents de légère gravité : la brûlure de la peau de la région, entre autres. Quant au fait de l'hémorrhagie primitive, son existence prouvait, selon notre savant maître, que l'occlusion vasculaire amenée par le couteau du galvano-cautère est d'une puissance limitée. On obtient du reste un effet hémostatique plus puissant en remplaçant le couteau par un fil de platine d'une section plus ou moins grande. L'hémorrhagie secondaire se rattachait à l'état constitutionnel des opérés ; en effet, elle ne s'était rencontrée que chez des individus diathésiques : cette observation vient confirmer encore une fois la nécessité de suivre à la lettre le précepte de M. Verneuil, qui veut que l'état constitutionnel du malade, qui va être opéré, soit l'objet d'un examen minutieux.

De l'emploi du galvano-cautère à celui du thermo-cautère, il n'y avait qu'un pas : M. le Dr Krishaber l'a franchi. Déjà lors de sa *Lettre à M. le professeur Verneuil*, il s'exprimait à

ce sujet de la façon suivante : « Il n'est pas un seul instant douteux pour moi, que le thermo-cautère du Dr Paquelin, d'invention toute récente, ne remplace le galvano-cautère, pour un grand nombre d'opérations, et la trachéotomie sera du nombre. J'ai déjà eu l'occasion de me servir du nouvel instrument, qui m'a paru d'un maniement bien plus facile que le galvano-cautère. »

Quelques mois plus tard, M. le Dr Krishaber publiait dans les *Annales des maladies de l'oreille et du larynx* (nov. 1876) comme venant à l'appui de ce qu'il avait annoncé naguère, une observation de trachéotomie, pratiquée sur l'adulte, au moyen du thermo-cautère.

L'opération fut d'une simplicité extrême : dénudation de la trachée par lentes incisions des couches superficielles avec un couteau porté au rouge sombre. Chaque vaisseau une fois divisé, laissait écouler une minime quantité de sang, puis l'hémostase se faisait immédiatement. La trachée fut ouverte au bistouri, et lorsque le fond de la plaie opératoire fut exsangue. Aucune complication ne vint entraver la marche de la plaie vers la guérison ; pas d'hémorrhagie secondaire, gonflement insignifiant; aussi vingt jours après était-elle rétablie.

Depuis lors le thermo-cautère a été très employé pour l'opération de la trachéotomie.

Ses avantages et ses inconvénients étaient ceux du galvano-cautère, auquel il était préféré, surtout à cause de son maniement plus commode.

M le Dr Krishaber a proposé une modification des plus ingénieuses du mode opératoire dans le but de diminuer les inconvénients du thermo-cautère. Il a substitué aux incision linéaires des incisions ponctuées. Par cette méthode on fait l'incision en laissant le cautère porté au rouge sombre le moins long-

temps possible en contact avec les tissus. On évite l'écoulement de graisse bouillante qui produisait des brûlures si douloureuses des tissus, et surtout on ne produit pas ces eschares épaisses dont la chute amenait si souvent des hémorrhagies secondaires. Cette grave complication faisait le danger de l'application du thermo-cautère à la trachéotomie chez l'adulte ; depuis qu'elle n'est plus à redouter, les avantages du thermo-cautère ne sont accompagnés d'aucun inconvénient sérieux et la supériorité de cette méthode sur celles qui avaient été usitées jusqu'ici est incontestable.

RÉSULTATS IMMÉDIATS DE LA TRACHÉOTOMIE DANS LE CANCER DU LARYNX.

Dans tous les cas de cancer du larynx où la trachéotomie a été faite, elle a eu pour résultat de soulager subitement le malade, en lui permettant de respirer amplement. Lorsqu'elle n'a pas reculé de beaucoup le terme fatal, elle a au moins épargné aux malades qui l'ont subie les angoisses d'une asphyxie lente.

C'est ce que nous voyons dans l'observation publiée par le Dr Bayer, de Bruxelles, dans les Annales des maladies de l'oreille et du larynx, année 1877, page 308.

M. H..., ancien officier aux Indes Néerlandaises, atteint d'un cancer de l'épiglotte généralisé au larynx, avait refusé de se soumettre à la trachéotomie en décembre 1874, alors que MM. les Drs Bayer et Ramelaëre la jugeaient opportune. Après une année, pendant laquelle il fut continuellement tourmenté par la dyspnée, malgré dix-huit séances d'ablation et de cautérisation faites pour le faire respirer, il fut forcé

pour ne pas asphxier de subir la trachéotomie le 16 décembre 1875. Après quelques accès de toux qui déterminèrent l'expulsion d'une grande quantité de sécrétion bronchique, il devint plus calme et s'endormit d'un profond sommeil.

Le 17, il respirait librement, toussait peu, mais ne prenait pas d'aliments, étant le plus souvent plongé dans un sommeil narcotique par les injections sous-cutanées de morphine qu'on lui faisait pour calmer les douleurs lancinantes du cancer. Il succomba le 23 décembre.

La trachéotomie a donc pu dans ce cas conjurer les accidents respiratoires, et le malade lui a dû de vivre sans dyspnée jusqu'au jour où il succomba à l'inanition et à l'épuisement causé par les douleurs continuelles du cancer.

Le malade dont l'observation a été publiée par le Dr Latil, ex-interne des hôpitaux de Paris (Bulletin de la Société anatomique 1878, page 400), était à un degré encore plus avancé de cachexie lorsqu'on fut forcé, par l'imminence de la suffocation, de lui ouvrir la trachée. Il était atteint d'ascite cachectique et présentait des généralisations cancéreuses dans l'épiploon et dans le foie. Il fut néanmoins fort soulagé par l'opération, et jusqu'au lendemain où il succomba ne présenta plus d'accidents respiratoires.

Un troisième, opéré par le Dr Krishaber (Annales des maladies de l'oreille et du larynx, 1876) pour un accès de suffocation survenu pendant une tentative d'ablation de la tumeur laryngée, avait été soulagé immédiatement par la trachéotomie, et respirait librement depuis trois jours lorsqu'un accès subit de suffocation l'emporta avant l'arrivée du Dr Krishaber qu'on était allé chercher en toute hâte.

L'autopsie partielle put être faite et expliqua cette dyspnée inattendue. Une tumeur allongée, flottant librement dans la trachée où elle avait son point d'implantation très bas, avait

été refoulée pendant l'opération, puis était venue boucher l'orifice de la canule par la quelle le malade respirait.

Ce fait d'un malade succombant à la dyspnée quelques jours après avoir subi la trachéotomie pour un cancer du larynx est presque unique, et la disposition qui l'a produit est si rare qu'on ne doit pas craindre de la retrouver.

La malade qui fut soumise à la trachéotomie par le professeur Ollier, de Lyon, à qui elle avait été apportée en état d'asphyxie imminente (obs. IV de la thèse du Dr Emile Blanc, sur le Cancer primitif du larynx, 1872), fut également débarrassée de sa dyspnée jusqu'au quatre ou cinquième jour après l'opération où elle mourut.

Dans un seul cas la dyspnée ne fut en rien diminuée par la trachéotomie.

C'est chez un enfant de neuf mois, qui fut opéré par le Dr Triboullet, le 21 janvier 1866, pour un épithélioma papilliforme congénital du larynx, et qui succomba le lendemain.

L'autopsie montra que cet enfant était mort d'une bronchopneumonie et que cette affection était la véritable cause de la dyspnée qui avait résisté à la bronchotomie. (Thèse du Dr Causit, ex-interne des hôpitaux de Paris, sur les Polypes chez les enfants, thèses de Paris, année 1867.)

L'accident le plus fréquent à la suite de la trachéotomie consiste en accès de toux prolongés, qui produisent des phénomènes de suffocation quelquefois inquiétants. Ces accès de dyspnée peuvent maintenant être à peu près évités grâce à l'application à la trachéotomie du thermo-cautère, méthode que M. le professeur Verneuil a employée le premier et qui depuis a été perfectionnée par M. le Dr Krishaber.

La laryngotomie intercrico-thyroïdienne peut également faire éviter les hémorrhagies dans les cas où le corps thyroïde est hypertrophié.

Les cas dans lesquels la trachéotomie pratiquée chez des adultes a été suivie de complications assez graves pour amener la mort sont rares.

« Ce sont d'ailleurs les complications de la trachéotomie et « de la laryngotomie en général, la broncho-pneumonie et la « pleurésie tenant le premier rang. » (Cancer du larynx, par le Dr Krishaber.)

Dans les observations que nous avons recueillies, nous n'avons vu que deux fois la maladie qui a amené la mort suivre la trachéotomie d'assez près, pour qu'elle pût en être une complication.

Le premier de ces malades, qui avait été opéré au thermocautère par le Dr Bayère, de Bruxelles, le 6 mai 1877 (Annales des maladies de l'oreille et du larynx, année 1878, page 223), mourut le quatrième jour de septicémie.

Le second, opéré par Demarquay, le 25 février 1870, à la Maison municipale de santé, succomba le 29 février à une pneumonie double. (Thèse sur le cancer primitif du larynx, du Dr E. Blanc. 1872.)

L'envahissement des deux poumons par la pneumonie, à la suite d'une opération sur l'appareil respiratoire, ne permet pas de douter que cette maladie ne fût dans ce cas une conséquence plus ou moins directe de la trachéotomie.

EFFETS CONSÉCUTIFS DE LA TRACHÉOTOMIE DANS LE CANCER DU LARYNX.

Le but direct de la trachéotomie dans le cancer du larynx étant de permettre au malade de respirer lorsque les parties supérieures des voies respiratoires sont obstruées, il est na-

turel de ne songer à faire cette opération que lorsque les accidents respiratoires ont acquis une gravité menaçante.

Mais la trachéotomie ne se borne pas à supprimer la dyspnée, son action porte sur la plupart des symptômes du cancer du larynx. Elle est susceptible de procurer aux malades une amélioration considérable de leur état général et une rémission des principaux symptômes de la maladie, qui sont suffisants pour leur assurer une survie assez prolongée.

« Il est acquis que grâce au repos complet dont jouit l'or-
« gane vocal après cette opération, il se produit une amélio-
« ration variable en durée, mais que les accidents graves
« sont constamment ajournés. » (Le cancer du larynx, par le Dr Krishaber, page 67.)

C'est que dans le cancer du larynx il y a deux sortes de lésions bien différentes et qu'il importe de distinguer : le néoplasme et les inflammations qu'il provoque dans le voisinage.

Les deux ordres de lésions concourent à produire les troubles fonctionnels qui caractérisent la maladie. Il semble qu'au début l'influence de l'inflammation de voisinage domine, tandis que plus tard le rôle de la production néoplasique sera prépondérant. Dans aucun cas l'évolution des éléments cancéreux dans le larynx ne nous a semblé modifiée à la suite de la trachéotomie. Il n'en est pas de même de la tuméfaction inflammatoire ; dans presque tous les cas où l'examen laryngoscopique a pu être fait peu de temps après l'opération, nous voyons qu'on a constaté une diminution plus ou moins sensible de la tuméfaction de la muqueuse laryngée. L'amélioration a été d'autant plus sensible que la trachéotomie a été faite moins de temps après l'apparition du cornage.

Dans les cas où elle n'a pas eu lieu, la maladie était assez

avancée pour que le tissu néoplasique se fût substitué sur presque toute la surface de l'organe au tissu normal.

On peut même voir dans certains cas (obs. XXIX du Traité pratique des maladies du larynx de Fauvel) la lésion inflammatoire régresser pendant que le cancer continue ses progrès.

(Obs. IV, V, XI, XVI, XVII, XXIX, XXVIII, XXI du Traité des maladies de l'oreille et du larynx de Fauvel. — Obs. VIII de la thèse du Dr E. Blanc. — Obs. du Dr Bayer, Annales des maladies de l'oreille et du larynx de 1878, page 222.)

Cette amélioration qui est presque constante après l'opération est quelquefois de courte durée.

On constate en effet : « que l'œdème débute quelquefois du côté opposé au siège de la tumeur ; et si le malade est gardé à vue, on voit parfois un nouveau foyer cancéreux se produire à ce point où l'œdème s'est montré d'abord. » (Le cancer du larynx, par le Dr Krishaber.)

Dans ce cas, la diminution de l'œdème qui a pu succéder à la trachéotomie est de peu de durée, et il est remplacé par la lésion néoplasique. Mais on voit quelquefois l'amélioration présenter une telle persistance qu'on en vient à douter de la nature cancéreuse de la maladie (obs. XXIX, du Traité des maladies du larynx de Fauvel).

Troubles de la phonation. — A la suite de la trachéotomie, la respiration redevient facile et l'inflammation de la muqueuse laryngée disparaît ou au moins diminue dans un grand nombre de cas. Ces deux phénomènes ont un retentissement considérable sur les manifestations symptomatiques de la maladie.

L'aphonie est un des premiers symptômes du cancer du larynx et des plus constants.

Elle reconnaît plusieurs causes. Quelquefois, elle se manifeste tout à coup après un refroidissement brusque lorsque le

corps était en transpiration (Trousseau et Belloc. Traité de la phthisie laryngée), persiste et aboutit à une aphonie complète. Quelquefois ce sont des enrouements ou des extinctions de voix qui se répètent chaque fois que le malade s'expose à l'humidité ou fatigue son larynx, résistent de plus en plus au traitement, et finissent par être constants.

Ces troubles vocaux coïncident avec le début de la maladie et caractérisent sa première période. Ils ont pour cause anatomique la tuméfaction inflammatoire qui envahit les cordes vocales lorsque le cancer évolue dans le voisinage.

On conçoit facilement que l'amélioration de l'état de la muqueuse qui suit la trachéotomie suffise pour diminuer ou même faire disparaître une aphonie de cette nature.

C'est ainsi que M. T..., ancien négociant, âgé de 72 ans, présentait des troubles de la phonation depuis quatre ans, et avaitperdu complètement la voix depuis dix-huit mois, lorsqu'il vint, le 27 mai 1879, consulter le Dr Fauvel.

Il fut soumis à la trachéotomie le 28 mai 1869.

Un mois après (26 juin) Fauvel constata que l'œdème avait considérablement diminué, que la corde vocale supérieure gauche était seule ulcérée et que les cordes vocales inférieures quoique rouges et un peu tuméfiées étaient mobiles. La voix était revenue et le malade pouvait parler avec une canule de Broca. Ce ne fut qu'au mois d'octobre que l'œdème reparut et que les progrès du cancer ramenèrent les accidents qu'avait fait disparaître la trachéotomie. Au mois de juillet, l'amélioration était telle, qu'en présence d'un résultat si inespéré le Dr Fauvel croyait avoir fait une erreur de diagnostic. (Obs. XVI. Traité des maladies du larynx de Fauvel.)

Dans la plupart des cas, l'amélioration a été moins marquée que dans l'observation que nous venons de citer et le retour de la voix a été de moins de durée. Au bout d'un mois,

de deux mois au plus, le plus souvent, l'oedème a reparu, ou bien l'infiltration cancéreuse a gagné les cordes vocales et les a transformées en replis rigides ; et la voix a de nouveau disparu pour ne plus reparaître.

Dans certains cas, l'aphonie s'établit peu à peu, parallèlement avec la dyspnée, dont elle est alors une conséquence. La parole devient de plus en plus entrecoupée et finit par devenir presque impossible, la dyspnée à laquelle le malade est en proie ne lui permettant pas de cesser même un instant ses efforts respiratoires sous peine de se sentir asphyxier.

Alors la trachéotomie et l'usage d'une canule à clapet rendent instantanément au malade la faculté de parler.

Nous en avons un exemple dans l'observation VII de la thèse du Dr E. Blanc.

Un homme âgé de 62 ans vint se faire traiter pour une maladie caractérisée par de la toux, de l'enrouement, de la dyspnée et de la dysphonie, symptômes dont il se plaignait depuis neuf mois.

Au milieu de septembre les symptômes s'aggravèrent, et comme on avait lieu de craindre la mort par suffocation, on fit appeler Debenham en consultation ; il proposa la trachéotomie et Curling la pratiqua le 19 décembre.

Le résultat fut manifestement favorable. Une valvule placée dans la canule permettait d'inspirer par le tuyau et d'expirer par le larynx, de sorte que la parole était conservée.

Mais le mal fit des progrès visibles dans le larynx, au bout de quelques semaines, la valvule de la canule ne fut plus supportée, et six mois après l'opération, elle ne pouvait plus être maintenue en place que pendant une minute, ce qui indiquait que le rétrécissement du larynx avait fait de grands progrès.

M. l'abbé X..., qui fut soumis à la trachéotomie par le Dr Kirshaber (Annales des maladies de l'oreille et du larynx,

p. 68), retira un bénéfice bien plus marqué de son opération, puisque grâce à la canule munie d'un clapet qu'il portait, il parla assez distinctement pour se faire entendre de ses trente élèves.

Dans le premier cas, on voit que le retour de la voix fut de peu de durée, puisque quelques semaines après l'opération les progrès de la tumeur avaient rétréci le larynx au point de forcer le malade à renoncer à la valvule qui lui permettait d'expirer par le larynx. Dans le second cas, l'amélioration fut de plus longue durée, et lorsque le malade se présenta pour la dernière fois au Dr Krishaber, elle ne s'était pas démentie.

Toux. — La toux est, comme l'aphonie, un symptôme du début du cancer du larynx, et généralement les malades s'en plaignent peu. « Comme c'est à un « rhume » simple, à un refroidissement, qu'ils font remonter leur affection, ils n'insistent pas sur d'aussi petits faits qui leur paraissent d'importance nulle. Plus tard la toux se supprime, peut-être parce que l'évolution lente et progressive de l'affection amène la tolérance, peut être aussi parce que la tumeur en se développant envahit les nerfs du larynx et détruit la sensibilité réflexe de l'organe. » (Cancer du Larynx, par le Dr Krishaber.)

Cependant on voit quelquefois la toux persister, et on la retrouve pendant la seconde période de la maladie. Alors, par sa persistance même pendant la nuit, elle devient une cause d'insomnie et d'épuisement. Mais c'est surtout lorsqu'elle coïncide avec une dyspnée continue qu'elle acquiert une gravité menaçante. Chaque fois, en effet, qu'un malade, dont le larynx rétréci ne laisse passer qu'avec peine la quantité d'air nécessaire à la respiration, est pris d'une quinte de toux, l'inspiration est suspendue pendant la durée de cette quinte ;

et quand elle est finie, il se trouve en état de suffocation. C'est ainsi que le malade qui fait l'objet de l'observation XII de la thèse du Dr E. Blanc succomba pendant un accès de toux.

Souvent la trachéotomie fait disparaître la toux, soit, qu'en diminuant l'inflammation laryngée elle rende la muqueuse moins irritable, soit, qu'en détournant du larynx le courant d'air de l'inspiration elle fasse cesser le réflexe en supprimant la sensation qui en était le point de départ.

C'est ainsi qu'après la trachéotomie qui fut pratiquée par Curling le 19 décembre 1855 (in Schmidt's Jarhrb, 1861), le malade qui souffrait depuis le mois de septembre d'une toux continuelle et d'une dyspnée de plus en plus intense, et qui présentait de la cyanose, cessa aussitôt de tousser.

Odeur fétide de l'haleine. — L'odeur fétide de l'haleine n'est point un symptôme constant du cancer du larynx ulcéré.

« On voit des ulcérations énormes avec suppuration abondante chez des malades qui n'ont pas d'odeur fétide ; d'autres fois, au contraire, des ulcérations moindres exhalent une odeur si intense qu'on ne peut pratiquer l'examen laryngoscopique qu'avec la plus grande répugnance. Il m'a semblé que l'haleine fétide était due à l'existence de débris qui se décomposent sur place en même temps que le pus de l'ulcère. Aussi lorsque ces matières putrides ont été évacuées, l'odeur caractéristique disparaît pour un temps. L'application de la canule, après la trachéotomie, a parfois aussi l'avantage de supprimer ce symptôme si pénible au malade et à son entourage ; dans ce cas, la colonne d'air ne passant plus au milieu du foyer putride ne peut plus emporter les particules odorantes. »

Le cancer du larynx, par le Dr Krishaber. Dans le cas où la trachéotomie ne fait pas disparaître l'odeur fétide de l'haleine, elle permet au moins de combattre ce symptôme si pénible, comme dans l'observation II du Dr Fauvel, en faisant dans le larynx, sans provoquer de suffocation, des injections antiseptiques, phéniquées ou autres, pour arrêter les décompositions qui sont la cause de cette odeur.

Salivation. — La salivation est aussi un symptôme du cancer du larynx arrivé à la période d'ulcération. Rare dans le cancer intra-laryngé, elle est presque constante dans le cancer mixte. La trachéotomie n'a aucune influence sur ce symptôme, pas plus que sur la sécrétion du liquide muco-purulent qui s'écoule parfois par la canule et la salit au point de l'obstruer. Le seul avantage de la trachéotomie dans ce cas, comme dans celui d'hémorrhagie s'écoulant dans les bronches, est de permettre aux efforts de toux de rejeter par l'orifice trachéal des matières qui en s'accumulant dans les bronches amèneraient certainement des phénomènes de suffocation, et que le rétrécissement du larynx ne permettrait pas au malade d'expectorer par les voies naturelles.

Douleur. — La douleur au début du cancer du larynx est un phénomène très rare. Une seule fois elle a été signalée au Dr Krishaber (Cancer du larynx, page 24) par une femme âgée.

« Quand elle se produit, elle est liée le plus souvent à une poussée d'œdème avec laquelle elle disparaît plus tard. » (P. 24, Cancer du larynx, par le Dr Krishaber.)

Cette douleur, d'origine inflammatoire, peut cesser après la trachéotomie, alors que l'état local de la muqueuse laryngée s'améliore.

C'est ce qui se passa dans l'observation XVI du Dr Fauvel. Le malade, qui avait commencé depuis deux ans à ressentir des élancements douloureux, fut opéré le 28 mai 1869, alors que le cornage intense et les accès de suffocation ne dataient que de trois semaines. Le 10 juillet, il ne présentait plus que quelques douleurs, et l'œdème laryngé avait presque disparu.

De même, le malade opéré par le Dr Bayer, de Bruxelles, le 15 février 1877, ressentait avant la trachéotomie des douleurs violentes surtout pendant la déglutition.

Quelque temps après, la douleur avait presque disparu et la déglutition était redevenue facile et indolente. En même temps, le Dr Bayer constatait au laryngoscope que l'œdème de la muqueuse laryngée avait rétrocédé (*Annales des maladies de l'oreille et du larynx*, année 1878, p. 222).

Plus tard, les progrès de la maladie amènent les douleurs lancinantes caractéristiques du cancer, la douleur d'oreille presque constante dans le cancer laryngien, et les irradiations névralgiques au crâne, à la nuque, dans les régions maxillaires, temporales, parotidiennes, « provoquées sans doute par l'irritation fortuite de quelques filets nerveux. » (Cancer du larynx, par le Dr Krishaber.) La trachéotomie n'a aucune influence sur ce symptôme. Aussi dans les cas où la douleur, qui était d'origine inflammatoire, a disparu avec l'œdème après la trachéotomie, la voyons-nous reparaître, au bout d'un temps plus ou moins long, avec les progrès du cancer, pour ne plus céder à aucun traitement.

C'est ainsi que le malade qui fait l'objet de l'observation XVI du Dr Fauvel ne tarda pas à se plaindre d'élancements dans la région sous-hyoïdienne et de douleurs de tête insupportables.

De même lorsque les malades sont soumis à la trachéoto-

mie dans une période avancée de la maladie, alors que le cancer a déjà amené les douleurs lancinantes et les irradiations diverses qu'il produit en se développant dans le larynx, les douleurs ne diminuent pas à la suite de l'opération.

Dysphagie. — La dysphagie est un des symptômes les plus constants du cancer du larynx et en même temps un des plus graves.

« Lorsque la paroi postérieure du larynx qui, en vérité, est commune au larynx et au pharynx, est le siège de la tumeur, les symptômes qui surviennent entravent au même titre les fonctions des deux organes ; mais la dysphagie devient bientôt le symptôme dominant, étant donné qu'il est plus difficile de remédier à l'insuffisance de l'entrée de l'œsophage qu'à la sténose laryngée. » (Le cancer du larynx, par le Dr Krishaber, page 370.)

Lorsque le point d'implantation de la tumeur est sur la paroi antéro-latérale du larynx, ce n'est que dans le cours de la seconde période de la maladie que la dysphagie s'établit. Mais lorsque le cancer en s'étendant de proche en proche a gagné la paroi postérieure du larynx, les conditions du cancer mixte se trouvent réalisées.

Mais la dysphagie ne doit pas toujours être considérée comme la preuve de l'envahissement par le cancer de la paroi commune au pharynx et au larynx; en effet, « il est digne de remarque que ce symptôme se manifeste quelquefois alors que le pharynx et l'œsophage sont absolument indemnes. » (Le cancer du larynx, par le Dr Krishaber, p. 27.) L'inflammation œdémateuse de l'épiglotte ou de la muqueuse aryténoïdienne peut être la cause directe de la difficulté de déglutir.

Ainsi une malade âgée de 59 ans, adressée au Dr Krisa-

ber par le Dr Gouraud, présentait à l'examen laryngoscopique une végétation assez volumineuse, rouge et ulcérée, implantée, sur la corde vocale droite et s'étendant sur la paroi gauche du larynx. La muqueuse de l'organe était partout tuméfiée, surtout l'épiglotte. Malgré l'absence du cancer sur la paroi postérieure du larynx, les troubles respiratoires ont été accompagnés presque dès le début de dysphagie, et la malade ne se nourrissait que de liquides. « (Il n'y avait pas d'obstacle mécanique au passage des solides eux-mêmes, mais leur passage provoquait une douleur que la malade voulait s'épargner au risque de se nourrir insuffisamment. » (Le cancer du larynx, par le Dr Krishaber, p. 28.)

Quand la dysphagie est due à cette cause, elle cesse souvent avec l'œdème et la douleur après la trachéotomie. (Observation du Dr Bayer, de Bruxelles, Annales des maladies de l'oreille et du larynx, 1878, p. 222. Obs. XVI du Traité pratique des maladies du larynx du Dr Fauvel.) Le soulagement, dont la durée est plus ou moins longue, permet à la constitution du malade de se réparer et éloigne la cachexie qui est trop souvent dans cette affection la conséquence prématurée d'une nutrition insuffisante.

Quand c'est le cancer qui a envahi la paroi commune au larynx et au pharynx, ou l'épiglotte, et qui cause les douleurs et la dysphagie, la trachéotomie n'amène plus aucune amélioration, et la gêne de la déglutition continue à s'aggraver jusqu'à ce qu'elle amène une dysphagie à peu près complète et que le malade succombe à l'inanition. C'est ce qu'on peut constater dans tous les cas où la trachéotomie a été faite à une période avancée de la maladie. Si c'est l'épiglotte qui est atteinte, sa résection peut faire cesser la dysphagie. Quand c'est la paroi commune au larynx et au pharynx qui est envahie par le néoplasme, que la dysphagie soit mécanique ou

qu'elle soit due à la douleur, il ne reste bientôt qu'une ressource au médecin, c'est de nourrir le malade avec la sonde œsophagienne. Cette pratique entraîne cependant de graves inconvénients. Elle est très pénible pour celui qui la subit, et il arrive que le malade (obs. XX du Dr Fauvel) sc dégoûte d'une vie qu'on ne peut lui conserver qu'au prix de tant de souffrances, et refuse de se laisser alimenter avec la sonde œsophagienne, aimant mieux se laisser mourir de faim. Il vient un moment où le cathétérisme de l'œsophage devient presque impossible et où l'on risque à chaque séance de faire une fausse route. Chez un homme de soixante-deux ans qui avait été opéré par le Dr Krishaber, la dysphagie reparut dix mois après l'opération et bientôt on fut forcé de nourrir le malade au moyen de la sonde œsophagienne, pratique confiée à un interne et renouvelée deux fois par jour.

La sonde œsophagienne dont l'introduction devint de plus en plus difficile dévia un jour et des aliments furent injectés dans le médiastin. La mort survint le lendemain. (Gazette hebdomadaire du 22 août 1879, p. 538.)

C'est dans les cas analogues à celui-ci que le Dr Krishaber place des sondes à demeure dans l'œsophage.

« Lors même que l'épuisement paraît venir surtout de l'obstacle à la déglutition, le bénéfice résultant de la trachéotomie est évident, le rétablissement de la respiration rendant plus facile l'introduction d'une sonde œsophagienne, fallût-il pour obtenir un espace suffisant détruire avec le galvanocautère les bourgeons situés à l'entrée de l'œsophage. »

Dans ce cas la sonde sera laissée à demeure : elle est supportée facilement et peut sans s'altérer rester bien des mois en place. Une malade atteinte d'un cancer du larynx, sur laquelle j'ai pratiqué la laryngotomie intercrico-thyroïdienne, au mois de janvier 1878, subit le cathétérisme de l'œsophage

par l'une des narines le 2 juin 1879. J'ai laissé la sonde œsophagienne à demeure depuis cette époque et la malade qui respire par la canule est nourrie par la sonde. A l'heure actuelle, dit le Dr Krishaber, il y a plus de deux cents jours que cette sonde œsophagienne est en place sans avoir été jamais retirée ; je ne doute pas que cet état de chose ne dure encore quelque temps. » (Le cancer du larynx, par le Dr Krishaber, page 66.)

Dans certains cas il n'y a pas de douleur pendant la déglutition, la tumeur cancéreuse est intra-laryngée, et cependant le malade cesse de manger, maigrit rapidement et s'épuise. Cette dysphagie est due à la dyspnée continuelle à laquelle le malade est en proie.

Les mouvements de déglutition amènent une suspension momentanée de la respiration. Cette suspension passe inaperçue à l'état physiologique, parce que la respiration est ample et que les globules rouges du sang sont chargés d'une quantité d'oxyène suffisante pour un temps beaucoup plus long. Mais lorsque les progrès de la sténose laryngée sont tels que le malade ne respire plus que juste assez pour entretenir son sang dans un état d'oxygénation compatible avec la vie ; la courte suspension des efforts respiratoires nécessaire à l'ingestion des aliments suffit pour le mettre en état de suffocation. Pour éviter ces accès de dyspnée, le malade se prive de manger. Mais que par la trachéotomie on rende la respiration facile, la dysphagie cessera aussitôt, l'appétit reviendra et avec l'appétit les forces.

Cette sorte de dysphagie n'est pas généralement notée dans les observations, car les malades ne sentant pas de douleur à la déglutition, digérant bien tout ce qu'ils mangent, ne songent à se plaindre que des troubles respiratoires dont ils souffrent. Mais elle se manifeste clairement par

l'amaigrissement et la dépression rapide des forces, que l'on voit coïncider dans tous les cas avec l'insuffisance de la respiration, alors qu'il n'existe aucune autre cause de dysphagie, et par le retour subit de l'appétit et l'amélioration de l'état général qui succède à la trachéotomie.

Etat général. —Le cancer du larynx, comme toutes les tumeurs de mauvaise nature, arrivé à un certain degré de son évolution altère la constitution des malades et produit un état qui est la cachexie cancéreuse. Il est évident que la bronchotomie, qui est une opération purement palliative, ne peut pas empêcher cette infection de l'organisme par le cancer. Mais bien avant que la cachexie ne soit menaçante, le cancer du larynx par son siège à l'entrée des voies digestives et respiratoires, et par les troubles qu'il cause dans l'exercice de ces deux grandes fonctions étend son influence funeste à la constitution du malade.

C'est presque exclusivement par l'action qu'elle exerce sur la respiration et la digestion que la trachéotomie peut modifier l'état général des malades qui la subissent. La toux, en effet, et les autres symptômes du cancer laryngien qu'elle fait disparaître ou atténue n'influent sur l'état général du malade que par le retentissement qu'ils ont sur les fonctions digestives et respiratoires. L'insomnie causée par les douleurs du cancer a une influence dépressive des plus fâcheuses sur l'état de santé des malades ; malheureusement la trachéotomie ne peut rien sur ce symptôme lorsqu'il devient le plus menaçant, c'est-à-dire à une période avancée de la maladie. Quant à la dyspnée, nous avons vu que la trachéotomie la supprimait le plus souvent ; aussi les accidents respi-

ratoires ont-ils rarement une influence marquée sur l'état général des malades qui ont subi cette opération.

C'est l'inanition et l'insomnie qui contribuent le plus à ruiner leur constitution. Aussi lorsque la douleur du cancer n'a pas acquis une grande intensité, et que la dysphagie tient à un œdème du larynx ou à la dyspnée, la trachéotomie peut amener une amélioration très sensible de l'état général du malade.

Le malade opéré par Curling le 19 décembre 1856 souffrait en septembre d'une toux continuelle et d'une dyspnée telle qu'il présentait de la cyanose et perdait journellement ses forces. Après l'opération il reprit ses forces, et loin d'être obligé comme avant de garder constamment le lit, il était capable quatre mois après de faire des courses de plusieurs milles. Au bout de six mois la dysphagie reparut, et un an plus tard le malade succomba par simple épuisement sans dyspnée particulière. (Observation VII de la thèse du Dr Emile Blanc. Thèse de Paris, 1877.)

Cette amélioration n'a jamais une bien longue durée, les progrès du cancer ramènent la dysphagie, et avec elle les douleurs du cancer et l'insomnie qui en est la conséquence, et conduisent le malade à la cachexie.

Ainsi (obs. XXIX du Dr Fauvel) une amélioration considérable de l'état général avait déjà succédé, le 15 décembre 1874, à la trachéotomie faite dans les premiers jours du mois. M. N... avalait encore avec difficulté les aliments solides qui pénétraient quelquefois dans le larynx. Le 29, l'amélioration était plus sensible et la déglutition se faisait encore plus facilement. Le 24 janvier 1875, l'amélioration s'était soutenue et l'état général était aussi satisfaisant que possible. Mais le 24 avril la dysphagie des solides a reparu, les ganglions du cou se sont engorgés, ce qui indiquait l'en–

vahissement par la tumeur de la région arythénoïdienne du larynx.

Les douleurs dans le larynx, l'oreille gauche et le sommet de la tête, ont rendu l'insomnie continuelle, et le malade a succombé au mois d'octobre 1875.

La trachéotomie a procuré à ce malade environ trois mois d'un état général très satisfaisant. Mais lorsque les cartilages artéynoïdes sont le siège de végétations néoplasiques, à plus forte raison lorsque la cancer a envahi la partie supérieure de l'œsophage et produit une gêne mécanique, on ne peut pas espérer une amélioration semblable, et ce n'est qu'avec la sonde œsophagienne qu'on peut empêcher le malade de succomber à l'inanition.

C'est alors que la trachéotomie n'est « qu'un moyen de prolonger l'agonie. »

C'est alors en effet que les douleurs devenues continuelles privent le malade de sommeil et joignent l'insomnie aux autres causes d'épuisement; que l'écoulement mucopurulent qui obstrue les bronches et la canule trachéale ramène les accès de suffocation, enfin que les hémorrhagies se répètent et contribuent encore à déprimer les forces du malade et à hâter la marche de la cachexie.

C'est dans ces conditions qu'on voit des malheureux sauvés de l'asphyxie par la trachéotomie mourir quelques jours après l'opération dans un état de faiblesse extrême.

INFLUENCE DE LA TRACHÉOTOMIE SUR LA DURÉE DE LA VIE DES MALADES.

Quand les malades atteints de cancer du larynx sont abondonnés à eux-mêmes, ils sont exposés dès la seconde période

de leur maladie à des accidents de suffocation qui peuvent causer leur mort. « Le cornage est un symptôme des plus graves, parce que dès son apparition la trachéotomie devient indispensable. Il est constant que du moment où il s'est établi, il ne reste plus aux malades que quelques semaines, au plus, deux ou trois mois à vivre. » (Le cancer du larynx, par le Dr Krishaber, p. 26.) Cependant à cette époque leur constitution n'est pas encore altérée profondément par le cancer et nous avons vu que la plupart des symptômes qu'ils présentent, surtout les plus menaçants, les accès de suffocation, peuvent être ajournés par la trachéotomie.

Cette opération assure donc aux malades qui la subissent une survie assez considérable, et quand elle leur permet d'arriver jusqu'au moment oú la cachexie cancéreuse amène la terminaison fatale, elle a fait tout ce qu'on peut attendre d'une opération palliative.

La première idée qui se présente, lorsqu'on veut évaluer la durée de la survie que la trachéotomie procure aux malades est de compter le temps qui s'est écoulé depuis l'apparition des premiers symptômes jusqu'à la mort du malade.

Mais le début de la maladie est des plus insidieux et les troubles phonétiques qui sont les premiers en date n'ont rien de caractéristique. On voit des malades dont l'enrouement remonte à des époques si éloignées qu'il est invraisemblable que le cancer ait pu en être la cause réelle.

C'est ainsi que dans l'observation VIII de la thèse du Dr E. Blanc (Le cancer primitif du larynx, thèse de Paris, 1872) la voix avait commencé à s'altérer vers l'âge de 20 ans chez une malade qui ne devait présenter la dyspnée et les signes laryngoscopiques du cancer du larynx que vingt ans plus tard, à l'âge de 42 ans.

De même, le Dr Féréol qui connaissait depuis trente ans

M. X... (Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1876, p. 313) lui avait toujours trouvé la voix voilée et lui croyait une laryngite chronique.

Nous avons pensé qu'il serait préférable de chercher le temps que les malades ont survécu à une époque déterminée de l'évolution du cancer laryngé, époque marquée par des symptômes à peu près constants et assez graves pour n'être jamais négligés par le malade.

Le début de la seconde période, caractérisé par une dyspnée incompatible avec la vie ordinaire, le cornage et les accès de suffocation, nous a semblé présenter ces conditions, et nous avons cherché à déterminer chez les malades qui ont subi la trachéotomie le temps qui s'est écoulé entre la constatation du cornage, ou à son défaut des accès de suffocation et la terminaison fatale.

La moyenne de quatorze observations où la trachéotomie a été faite à l'exclusion de toute autre opération chirurgicale, nous a donné une survie de 11 mois et 14 jours après le début de la 2e période du cancer. Les malades qui avaient été abandonnés à eux-mêmes ayant succombé 3 mois au plus après l'apparition du cornage, on peut dire que la trachéotomie procure aux malades qui s'y sont soumis une vie plus longue de 8 mois et demi en moyenne que celle qu'ils auraient eue sans cela.

Cependant on trouve entre la durée de la vie de ces malades des différences considérables. Quelquefois c'est une maladie intercurrente qui a amené la fin prématurée des malades. Celui qui fait l'objet de l'observation VIII du Dr Krishaber succomba trois mois après le début de la seconde période de la maladie à des accidents qui étaient la conséquence de ses habitudes alcooliques.

Le malade qui fait l'objet de l'observation XV de la thèse

du Dr Blanc mourut un an après le début de l'année, seconde période de son cancer laryngien, d'une bronchite aiguë.

Dans la plupart des cas c'est l'état général du malade qui détermine la durée de la survie ; et nous avons vu que l'état général dépendait surtout du fonctionnement de l'appareil digestif. Aussi lorsque la cloison commune au pharynx et au larynx est le siège du cancer, ne peut-on pas espérer une survie bien longue.

C'est ainsi que le malade dont le Dr Fauvel raconte l'histoire dans la première observation de son Traité des maladies du larynx, et qui succomba surtout à l'inanition, malgré l'emploi de la sonde œsophagienne, trois mois après le début de la deuxième période de sa maladie, était atteint d'un cancer encéphaloïde qui s'était rapidement étendu à la face postérieure du larynx.

Dans les cas où la survie a été la plus longue, la cloison commune au larynx et au pharynx a été respectée par le cancer, ou au moins n'a été atteinte que tardivement par ce néoplasme. Aussi les malades sont arrivés à un état de cachexie cancéreuse avancée, et beaucoup d'entre eux sont morts de simple épuisement.

C'est ce que l'on voit dans l'obs. II du Traité des maladies du larynx de Fauvel, où le malade succomba 20 mois après l'apparition du cornage à la cachexie cancéreuse.

Celui des malades dont la survie a été la plus longue est mort subitement 28 mois après que le cornage s'était montré dans un état de cachexie avancée. (Obs. VIII de la thèse du Dr Blanc.)

Un autre se trouvait encore 15 mois après l'apparition de ce symptôme dans un un état général très satisfaisant, et nous n'avons pas su quelle avait été la durée totale de sa vie.

(Obs. IX du Dr Krishaber, Annales des maladies de l'oreille et du larynx, 1877.)

OBSERVATION IX. — Du docteur Krishaber. (Annales des maladies de l'oreille et du larynx, 1877.)

Le 23 janvier 1877, je suis appelé par M. le Dr Féréol, médecin de l'hôpital Lariboisière, auprès de M. X... âgé de 63 ans. Je trouve le malade dans un état d'anxiété très-grande; agité, étouffant, haletant. Saillies mamelonnées sur les cordes vocales et au-dessus de la glotte.

L'opportunité de la trachéotomie était évidente. Le soir, la dyspnée augmente encore et on est obligé de faire l'opération vers 9 heures 1|2 du soir. Trachéotomie au thermo-cautère. 23 janvier 1877.

Mardi 30 janvier, hémorrhagie secondaire arrêtée par M. Gros, interne de M. Féréol.

31 janvier, nouvelle hémorrhagie arrêtée par M. Gros.

2 février, il se fait un changement subit en mieux, et le 6 le malade se promène dans sa chambre; à partir de ce moment la cicatrisation s'achève rapidement.

Antécédents. M. Féréol qui connaît le malade depuis trente ans lui a toujours remarqué la voix voilée, et lui croyait une laryngite chronique. Le 11 janvier 1876 il fut appelé pour des accidents respiratoires qui augmentèrent toujours jusqu'à l'époque où la trachéotomie devint nécessaire. Quand le malade était au repos la respiration s'effectuait bien et il n'y avait pas de sibilance appréciable.

Mais dès qu'il s'agitait ou s'animait en parlant, la dyspnée apparaissait avec un léger cornage. Sa parole était bien articulée, mais brève et saccadée, les inspirations longues et difficiles.

Le malade se souvenait d'accès de dyspnée survenus pendant son sommeil en octobre 1870. Un mois après l'opération, le malade,

bien rétabli, rend par la plaie des débris de fausses membranes, comme cela se voit souvent chez les enfants.

Le 21 avril malgré traitement antisyphilitique et inhalations de vapeur d'eau goudronnée, aucun changement, la production de fausses membranes continue (trachéite chronique), mais l'état général est excellent.

M. X..., qui continue à recevoir les soins du Dr Féréol, est dans un état excellent et se sert d'une canule à clapet qui lui permet de se servir très distinctement de sa voix.

Obs. XVI. — Du Traité des maladies du larynx, du docteur Fauvel. Cancer encéphaloïde.

M. T..., ancien négociant, 72 ans, m'est adressé par le Dr Demarquay le 27 mai 1867.

Le malade jouit d'une bonne santé et nous dit que s'il pouvait respirer librement et parler il n'aurait rien à souhaiter. L'affection a débuté il y a quatre ans par une simple dysphonie. Cependant au bout de deux ans la voix était presque complètement perdue et il commençait à ressentir des élancements douloureux dans la région gauche du cou. Il suivait alors différents traitements qui n'amenèrent que des résultats passagers.

Depuis dix-huit mois la voix est complètement perdue; les douleurs ont augmenté, la dyspnée a paru: depuis trois semaines il a des suffocations et fait entendre un bruit de cornage très intense.

Autour du cou les ganglions, surtout à gauche, sont engorgés; le malade ne peut pas dire à quelle époque a commencé cette tuméfaction. Depuis quinze jours la déglutition ne se fait plus sans douleur, ce qui est d'autant plus pénible pour le malade qu'il a toujours la bouche pleine de salive visqueuse et gluante. Le corps thyroïde paraît hypertrophié. Œdème considérable de tout le larynx plus prononcé à gauche, les cordes vocales supérieures cachent les

inférieures, sont bourgeonnantes, sanguinolentes, couvertes de pus.

Le 28 mai 1869, trachéotomie pratiquée par M. le Dr Demarquay. Trois artères ouvertes et liées, corps thyroïde incisé dans toute son étendue, hémorrhagie en nappe très-difficile à arrêter. A la suite de l'opération une amélioration sensible se produit dans l'état général du malade.

Le 26 juin je vois M. T... avec M. Demarquay, l'œdème a beaucoup diminué, la corde vocale supérieure gauche est seule ulcérée et en partie détruite.

La muqueuse aryténoïdienne est rouge et fongueuse, les cordes inférieures sont rouges, un peu tuméfiées, mais se meuvent bien. La voix est revenue et le malade peut parler avec une canule de Broca.

Le 10 juillet la santé générale est très bonne, le larynx trés rouge est presque complètement dégonflé, mais l'ulcération de la corde supérieure gauche commence à envahir la muqueuse aryténoïdienne gauche du côté de la trachée. La déglutition est un peu douloureuse, la voix est passable. Le sommeil est très bon, cependant la salivation qui a persisté réveille de temps en temps le malade. Encore quelques douleurs lancinantes. En présence d'un résultat aussi inespéré, je crois avoir fait une erreur de diagnostic. Quoique le malade nie tout antécédent syphilitique, traitement spécifique. On ne revoit plus le malade jusqu'au 12 octobre. A cette date l'œdème a reparu, l'ulcération a envahi tout le cartilage aryténoïde gauche qui est remplacé par une tuméfaction du volume d'une grosse noisette. La déglutition est extrêmement douloureuse. Douleurs lancinantes et douleurs de tête intolérables. Salivation de plus en plus abondante. Les ganglions sous-maxillaires sont énormes et toute la région antérieure du cou a pris une consistance ligneuse.

L'haleine est fétide; une grande quantité de pus est rejetée par la canule. Je n'ai pas alors de doutes sur la justesse de mon premier diagnostic, surtout lorsque le malade me dit qu'il a eu à quatre

reprises différentes des hémorrhagies assez abondantes par sa canule et par la bouche.

Je ne revois plus M. T... à partir de ce jour, et trois mois plus tard j'apprends sa mort (janvier 1870).

Dans les derniers jours de sa vie seulement il avait beaucoup maigri et sa peau avait pris une teinte ictérique très marquée.

Obs. VIII. — Du docteur Krishaber. (Annales des maladies de l'oreille et du larynx, de 1877, p. 85.)

M. X..., âgé de 59 ans, d'une robuste constitution, se présente chez moi le 27 juin 1876 de la part du Dr Roche de Charny, (Yonne), au sujet d'une aphonie complète. Végétations sur les cordes vocales supérieures et rougeur intense de la muqueuse. Epiglotte rouge, cartilages aryténoïdes boursoufflés. Les cordes vocales inférieures, visibles dans une petite portion, semblent être dans le même état.

La voix est perdue en quelques jours, cet état dure depuis trois ans et neuf mois, car la voix n'a pas reparu depuis.

M. X... avait toujours ronflé pendant son sommeil, il s'y est ajouté un bruit particulier sonore qui semble causé par les végétations. Le jour M. X... n'est pas oppressé à moins d'exercice précipité. Traitement antisyphilitique sans succès.

Vers la fin de septembre, M. X... se présente de nouveau, la respiration est devenue plus difficile, l'état du larynx est aggravé. Comme pendant le repos M. X... n'est pas encore très oppressé, on ajourne encore la trachéotomie en engageant le malade à revenir dans un mois.

A ce moment (octobre 1876) la respiration est manifestement insuffisante; le malade maigrit et sa physionomie est altérée. Trachéotomie au thermo-cautère, fin octobre 1876. Quatre semaines après, aggravation de l'état du larynx, on ne trouve pas encore de ganglions engorgés; ptyalisme, douleur irradiée à l'oreille. Le ma-

lade quitte Paris le 1er décembre 1876. Une lettre de M. Roche, de Charny, m'apprit que, sans accidents laryngés nouveaux, ni dyspnée, ni cachexie, le malade avait succombé un mois après son retour à des accidents se rattachant à des habitudes alcooliques.

Obs. XV. — De la thèse du docteur Blanc, sur le cancer primitif du larynx. (Thèse de Paris, 1872.)

Le 12 février 1862 est entré dans le service de M. Mesnet, à l'hôpital Saint-Antoine, salle Saint-Joseph, no 24, le nommé Legrand (Jean), âgé de 60 ans, menuisier.

Cet homme a eu une bonne santé jusqu'en 1859. Antécédents syphilitiques douteux. C'est seulement en avril 1859 qu'à la suite de contrariétés violentes la voix du malade est devenue enrouée, puis rauque, et enfin s'est complètement éteinte. En janvier 1860 il a commencé à souffrir au niveau de la région laryngée. En même temps le cou a grossi, une tuméfaction considérable a envahi les tissus ambiants ; les ganglions sous-maxillaires sont devenus volumineux et très douloureux. Cet état persista longtemps, et ne s'améliora que très tard sous l'influence de cataplasmes répétés.

En 1861 de nouveaux phénomènes se déclarèrent; le malade éprouva une gêne considérable de la respiration. Bientôt il survint de la dyspnée, puis de véritables accès de suffocation.

Cet homme entre à l'hôpital Saint-Antoine dans le service de M. le Dr Lasègue. L'examen laryngoscopique fait par MM. Fritz et Brouardel montre les cordes vocales inférieures volumineuses presque en contact ; l'épiglotte très vascularisée. La dyspnée va en augmentant. M. Jarjavay fait la trachéotomie. L'opération eut un résultat très heureux ; en effet le cou diminua de volume, les phénomènes inflammatoires se calmèrent, et le malade put sortir en janvier 1862, portant une canule qui lui était absolument nécessaire pour respirer.

En novembre MM. Brouardel et Moura Bourrouillou examinèrent

de nouveau le larynx au laryngoscope. Par la bouche on trouva la cavité presque complètement fermée ; il était impossible de voir les cordes vocales, l'épiglotte abattue sur la glotte arrivait presque au contact des aryténoïdes. Par la plaie, on constata que le larynx était occupé par une multitude de végétations très rouges, arrivant au contact les unes des autres. Elles étaient pédiculées et quelques-unes se montraient à l'orifice supérieur de la plaie.

Le 12 février de la même année, il revint dans le service de M. Mesnet. Voici quel était alors son état : amaigrissement considérable du corps, pâleur de la peau et des muqueuses, teinte jaunâtre annonçant une cachexie profonde; sur les jambes il existe un peu d'eczéma. Le cou est énorme à sa partie antérieure et latérale, présentant çà et là des plaques violacées.

Tous les tissus sous-jacents donnent une sensation d'empâtement et de dureté considérable ; ils sont du reste le siège d'une vive sensibilité. Sous la mâchoire, des deux côtés, existent des ganglions nombreux, très tuméfiés, douloureux.

En avant et sur la ligne médiane est l'ouverture trachéale de la canule par laquelle le malade respire.

Si l'on bouche la plaie, après avoir retiré la canule, le malade est aussitôt pris d'une dyspnée avec menace de suffocation. Les voies respiratoires supérieures sont donc complètement obstruées.

Le malade ne peut pas parler, sa voix est complètement éteinte. Les fonctions digestives sont profondément altérées; la déglutition est presque complètement impossible. Les aliments solides ne peuvent être ingérés. Cet homme ne prend que des bouillons ou des potages très légers. Iodure de potassium à haute dose, longtemps sans aucun effet. Quelques petits abcès superficiels s'ouvrent spontanément. Le malade est emporté, le 6 juillet 1862, par une bronchite aiguë.

Autopsie. — On constate que le cadavre est dans un état de maigreur extrême. Tous les organes abdominaux sont sains, les pou-

mons sont congestionnés et présentent quelques noyaux de pneumonie hypostatique.

Le larynx est complètement envahi par la tumeur cancéreuse. Les cartilages aryténoïdes sont détruits. Le thyroïde est entièrement désorganisé, sauf quelques plaques cartilagineuses; les portions qui restent sont ossifiées. L'épiglotte est entamée du côté gauche. Le cancer a envahi tout le lobe gauche du corps thyroïde. Les nerfs laryngés ne peuvent être poursuivis au delà du cancer; il est impossible de retrouver les cordes vocales.

L'examen microscopique fait par M. Brouardel, interne à l'hôpital Saint-Antoine, a permis de reconnaître les éléments du cancer.

Sur les parties latérales du larynx et de la trachée, entre les couches musculaires fusées purulentes qui ont envahi également le côté gauche de la trachée. Des ganglions multiples, dégénérés, entièrement, cancéreux, sont échelonnés le long du conduit aérien.

En haut le cancer n'atteint pas l'os hyoïde; la langue est saine.

Obs. V. — Du Traité des maladies du larynx, du docteur Fauvel.

M. L..., brasseur à Avesne-le-Comte, âgé de 61 ans, grand, fort, d'une vigoureuse constitution, éprouvait de la gêne dans la gorge et toussait fréquemment, dès le mois d'avril 1862. Il a été assailli, en janvier 1863, par des malfaiteurs dont l'un l'a saisi fortement à la gorge. Depuis cette époque, l'état déjà grave des voies aériennes s'est progressivement aggravé. Traitement antisyphilitique sans succès.

Le 18 juillet 1863, il est adressé au Dr Fauvel par le Dr Guilbert. L'épiglotte est parfaitement saine, ainsi que la moitié droite du larynx; la corde vocale supérieure gauche est tuméfiée et bourgeonnante. Elle se confond en dehors avec le repli aryténo-épiglottique boursoufflé et obstrue en partie le sinus pharyngo-laryngien, ce qui explique la dyspnée et le cornage. Le malade commence à éprouver de la dysphagie. Ptyalisme abondant. Ganglions sous-maxillaires gauches engorgés.

Le 12 août, des accès de suffocation surviennent; je juge la trachéotomie urgente. M. le Dr Demarquay, appelé en consultation le 14 août, est du même avis, et nous remettons l'opération au 16 août. Dans la nuit du 15 août, un nouvel accès de suffocation rend l'opération nécessaire; elle est pratiquée par M. le Dr Demarquay, aidé du Dr Plouviez, à la Maison municipale de santé; hémorrhagie pendant l'opération. Le 16, à 10 heures du matin, accès de délire furieux. La trachéotomie est suivie d'une légère amélioration dans l'état local; l'œdème diminue sensiblement. Le 5 septembre, le malade retourne dans son pays. Avant son départ, je constate peu d'amélioration dans l'état local du larynx; la salivation est toujours abondante, la déglutition est de plus en plus difficile; les ganglions sous-maxillaires ont augmenté. L'état général est mauvais. M. L... commence à maigrir. Je n'ai plus de renseignements que par les lettres qu'il m'écrit. Le 7 septembre, il se trouve très faible. Le 27 octobre, douleurs lancinantes dans la région du larynx; il souffre de l'oreille gauche et est sujet à de violents maux de tête.

Je le revois en février 1864. La tumeur a envahi tout le larynx et se présente sous la forme d'un bouchon moulé sur l'orifice supérieur gauche du larynx. Toute la partie antérieure du cou est d'une dureté ligneuse, les ganglions sous-maxillaires sont énormes. La déglutition est excessivement difficile. Le 12 juillet 1864, il me dit que la déglutition est à peu près impossible; la salive, qu'il ne peut avaler, le fait tousser depuis deux mois. Il ne prend que du lait, du bouillon, des œufs frais.

Le 13 juillet, son médecin, M. le Dr Guilbert, m'écrit que la déglutition est à peu près impossible; les liquides reviennent par le nez. Violentes douleurs dans les maxillaires et les tempes.

A partir de ce moment, l'amaigrissement fait de rapides progrès. La cachexie survint bientôt, et j'appris que le malade était mort épuisé à très peu de temps de là.

Obs. VIII. — De la thèse du docteur E. Blanc. (Communiquée à M. Blanc, par M. Moura Bourouillou.) Thèse sur le cancer primitif du larynx. Paris, 1872.

Mme L..., 47 ans, concierge, Belge, demeurant rue Charlot, était d'une forte constitution, mais aussi sujette à de violents accès de colère. Depuis trois ou quatre ans, elle avait de violents maux de tête; jamais ni éruption ni boutons à la peau.

A l'âge de 20 ans, pendant sa deuxième grossesse, elle eut des crises et divers autres accidents nerveux. Sa voix commença à s'altérer.

Depuis trois ans surtout, sa voix disparaissait progressivement; elle était éteinte complètement depuis quinze à dix-huit mois. Elle ne toussait nullement; dyspnée depuis trois ou quatre mois seulement; elle se fatiguait vite, ne pouvait monter les escaliers. Depuis deux mois, elle crachait quelquefois des petits morceaux durs comme de la corne, noirs et gros comme des lentilles; jamais de crachement de sang.

Le 1er octobre 1868. Mal à la gorge depuis huit jours, voix de chuchotement, toux par moment, déglutition normale. La pression du côté gauche du cou au niveau de l'os hyoïde provoque une assez vive douleur en avant et en arrière du sterno-mastoïdien. Cette douleur est plus prononcée dans l'espace qui sépare le bord antérieur du muscle trapèze du bord postérieur du sterno-mastoïdien. La douleur se propage sous l'omoplate gauche, entre les deux omoplates, en avant du cou, au-dessous du larynx. La palpation fait sentir un empâtement dans les points douloureux du cou.

Au laryngoscope on constate une tumeur rouge de la grosseur d'une moitié de noisette. Lisse, immobile, même pendant l'émission des voyelles, à base large, et située à l'extrémité aryténoïdienne du repli susglottique gauche.

La corde vocale et l'aryténoïde sont seuls mobiles, et s'appliquent contre la tumeur pendant la phonation.

Mme L.... a suivi plusieurs traitements : traitement mercuriel, application de sangsues, vésicatoires, iodure de potassium et pommade iodée.

Le 18 janvier 1869, la tumeur laryngienne est toujours très rouge, elle envahit le repli susglottique gauche. La face interne de l'aryténoïde est rugueuse et polypoïde.

3 mars 1869. La dyspnée augmente. La tuméfaction du repli susglottique gauche augmente de façon à ne laisser qu'un étroit passage à l'air.

10. La respiration se fait mieux.

Du 12 au 24, deux scarifications sur le côté gauche de la base de la langue.

Le 14 avril, la tumeur est très réduite (presque d'un tiers). La malade respire mieux. Emplâtre de thapsia au devant du cou et de la poitrine.

12 mai. La malade, qui allait bien, veut voir sa famille, se fatigue, et est prise d'accès de suffocation. La tumeur est devenue très grosse.

27 juillet. Il y a deux jours, accès de suffocation qui a duré dix minutes et s'est terminé par le rejet d'un morceau de peau (dit la malade), comme si elle avait eu le croup. La dyspnée a cessé ensuite.

11 novembre. La dyspnée est revenue. La tuméfaction est plus étendue. M. Voillemier examine la malade et rejette toute opération. M. Moura Bourrouillou est de son avis.

Le 25, la malade ne peut ni travailler ni dormir; la moindre course l'oppresse, elle s'arrête, s'assied; elle tousse et ne crache pas, dit-elle; elle ressent des élancements dans le côté du cou.

La respiration laryngienne est sifflante. Le cornage s'entend à distance.

Le larynx est dévié, la tuméfaction se prononce sur la paroi externe du vestibule.

On pratique une nouvelle scarification, n'ayant pas d'autre moyen

de soulager la malade, dont la forte constitution contraste avec la gravité de la maladie dont elle est atteinte.

22 décembre. Le larynx se dévie de plus en plus. La face laryngienne et l'épiglotte se tournent vers le côté droit du pharynx. L'aryténoïde gauche est rouge et gros. Dernière scarification.

La malade étant dans une situation des plus graves, et sachant que la trachéotomie seule peut lui permettre la respiration, réclame l'opération ou la mort.

M. Moura Bourrouillou la soumet alors à l'examen de M. le docteur Dolbeau, qui consent à pratiquer la trachéotomie le 10 février 1870, dans son service à l'hôpital Beaujon.

Deux jours après, à la suite d'un refroidissement considérable de l'atmosphère, bronchite intense, phlegmon de la gaine du sterno-mastoïdien.

Le 24 mars, tout danger a disparu. L'examen laryngoscopique permet de constater une amélioration considérable de la tuméfaction du larynx. Toute la moitié gauche est immobile. La région crico-aryténoïdienne est violacée, engorgée. Le repli susglottique ne forme plus une tumeur si étendue et laisse voir le vestibule et la glotte. La corde vocale gauche est immobile et grosse comme un tuyau de plume; elle n'est ni rouge ni violacée; le repli susglottique, autrefois si déformé, est parallèle à la corde vocale rouge; l'orifice du ventricule de Morgagni est très visible entre la corde vocale et le repli. Du côté droit, le larynx est normal et fonctionne imparfaitement cependant. Une ouverture triangulaire, petite, inter-aryténoïdienne, permet seule le passage à l'air. La moitié gauche de la région glottique empiète sur la moitié droite.

L'épiglotte est saine comme aspect, toujours déviée, mais moins. La malade a conservé sa canule depuis sa sortie de Beaujon (24 mars jusqu'à sa mort, survenue subitement vers les premiers jours d'avri 1871, à l'hôpital Beaujon, où elle était entrée depuis une vingtaine de jours.

Dans le courant de 1870, la tuméfaction laryngienne s'était reproduite peu à peu; la déglutition également était devenue des plus

pénibles, et l'engorgement du côté gauche du cou était considérable et très douloureux.

L'autopsie a été faite et l'examen de la tumeur a prouvé sa nature cancéreuse.

Obs. I. — Du Traité des maladies du larynx, du docteur Fauvel.

M. Cr..., vétérinaire, âgé de 52 ans, vint me consulter le 12 janvier 1863, envoyé par M. le professeur Bouley, d'Alfort, pour que j'examine son larynx au laryngoscope. Ce malade parle avec la plus grande difficulté et ne peut avaler que des aliments demi-solides; s'il veut boire un peu vite, il est pris de suffocation et de toux. Trois heures après les repas, il rejette encore, par des mouvements d'expuition, quelques parcelles des aliments qu'il vient de prendre.

Depuis un an, époque à laquelle a commencé la dysphagie, il a beaucoup maigri, il fume continuellement la cigarette, même pendant la nuit et avale la fumée.

Interrogé sur ses antécédents vénériens, il répond d'une manière très dubitative. Il a eu des chancres, mais il ne croit pas qu'ils aient été infectants. Outre la gêne de la parole, qui est dure et rauque, et la difficulté de la déglutition, il éprouve des douleurs lancinantes vives au niveau de l'entrée du larynx. Ces douleurs retentissent jusque dans l'oreille droite. Les ganglions sous-maxillaires sont engorgés et durs, surtout du còté droit; quelquefois M. C... rend des crachats sanguinolents et même sanglants d'une odeur fétide.

L'examen du larynx montre les particularités suivantes: l'épiglotte rouge, injectée, est de forme normale, le cartilage aryténoïde du coté droit est transformé en une tumeur grisâtre à surface raboteuse recouverte de mucosités visqueuses, striées du sang. Le repli aryépiglottique droit est converti en un bourrelet rougeâtre qui se continue, sans ligne de démarcation avec la corde vocale supérieure droite qui peut faire partie du repli même. En dehors le repli ary épiglottique

droit est couvert, remplit complètement le sinus pharyngo-laryngien.

La corde vocale supérieure, qui paraît bourgeonnante, se présente sous forme d'une tumeur arrondie, de la grosseur d'une noisette, arrivant jusque sous l'épiglotte, et masquant complètement la corde vocale inférieure droite, et une grande partie de la glotte. L'espace interaryténoïdien est comblé par une tuméfaction analogue à celle du repli ary épiglottique droit, et toute la muqueuse de la paroi antérieure du larynx, le long de la face postérieure du cricoïde jusqu'à l'œsophage, paraît œdématiée.

La moitié gauche du larynx quoique rouge, enflammée, apparaît saine ou du moins ne semble pas encore envahie. Tout le larynx est baigné de salive visqueuse, que le malade sécrète en grande quantité et qu'il ne peut avaler qu'au prix de vives douleurs. Nous portons sans hésitation le diagnostic du cancer du larynx. Nous instituons néanmoins un traitement antivénérien.

Pendant tout le mois de janvier nous touchons le larynx de M. Cr... avec des éponges imbibées tantôt de laudanum, tantôt d'une solution concentrée de chlorhydrate de morphine. La tumeur formée par la corde vocale supérieure droite s'accroît de jour en jour. Au mois de février, la gêne de la respiration et de la déglutition ont encore augmenté ; l'amaigrissement continue à faire des progrès, nous voyons le malade avec MM. les docteurs Bouillon-Lagrange, son parent (5 février), G. Sée et Demarquay (7 et 24 mars), Demarquay (31 mars), N. Gueneau de Mussy (3 avril) ; à cette date, la tumeur cancéreuse couvre tout le vestibule laryngien et détermine des accidents de suffocation tels que la trachéotomie est décidée.

Elle est pratiquée le 5 avril par M. le Dr Demarquay; quelques jours après le malade ne pouvant plus avaler est nourri avec la sonde œsophagienne, l'amaigrissement et la faiblesse vont chaque jour en augmentant. Je continue à voir le malade avec les Drs Sée, Gueneau de Mussy, Bouillon-Lagrange, Demarquay, jusqu'au jour de sa mort qui survient le 27 avril. M. Cr... n'a jamais voulu cesser de fumer un instant, alléguant que cela ne le ferait pas mourir un jour plus

tôt; mes injonctions furent infructueuses, il était d'un caractère doux et résigné. L'examen microscopique qu'a bien voulu faire en détail M. le Dr E. Mayer, confirme notre diagnostic: cancer encéphaloïde, et nous apprend que la plupart des muscles de ce larynx étaient en voie de dégénérescence graisseuse. Le muscle crico-aryténoïdien postérieur droit, l'ary-aryténoïdien sont détruits. Il y avait eu un engorgement ganglionnaire considérable ainsi que cachexie.

Obs. II. — Du Traité des maladies du larynx, du docteur Fauvel.
(Cancer épithélial primitif du larynx.)

M. D.., d'Amiens, ancien fabricant âgé de 58 ans, grand, maigre, d'une bonne constitution, vient nous consulter pour la première fois le 3 mars 1863. Il se plaint depuis quelques mois d'éprouver une sensation de gêne dans la voix et la respiration; il ne peut plus se faire entendre à une certaine distance en mer, et lorsqu'il veut courir il est vite essoufflé.

Nous procédons à l'examen laryngoscopique, et nous constatons une rougeur foncée de toute la muqueuse du vestibule laryngien, avec hypertrophie de la corde vocale supérieure droite. Cette corde vocale cache à la vue la corde vocale inférieure sous-jacente. Il existe en même temps un peu d'œdème du revêtement aryténoïdien droit.

Le malade n'accuse aucun symptome syphilitique ou tuberculeux.

Traitement antisyphilitique. Nous touchons la corde malade avec une solution de nitrate d'argent au 1/10; nous revoyons le malade tout le mois de mars.

Pendant notre traitement local et général, le gonflement de la corde supérieure droite augmente peu à peu ainsi que la dyspnée et la dysphonie. Le 23 avril le professeur G. Sée examine le malade et ne trouve aucune affection thoracique se rapportant à la maladie du larynx. Il recommande l'abstinence des boissons alcooliques et du

tabac. Nous cessons le traitement antivénérien et ordonnons un régime doux et dépuratif.

Etat stationnaire jusqu'au 30 avril. Le 1er mai la respiration est de plus en plus gênée. Je constate que la moitié droite du larynx reste presque immobile pendant les plus grands efforts d'inspiration. Inhalations émollientes, attouchements intra-laryngiens avec des éponges imbibées de laudanum. Cataplasmes au devant du cou. Silence absolu. A la fin du mois de mai, la respiration est moins gênée et la voix moins étouffée; l'amélioration se continue pendant tout le mois de juin et de juillet. Au mois d'août la voix est revenue presque à l'état normal, ainsi que la respiration. Jusqu'au mois de juillet de l'année suivante 1864, je reçois des nouvelles du malade, qui, se croyant complètement guéri, avait recommencé à fumer, à boire de l'eau-de-vie le matin, et à chasser pendant le mauvais temps.

Le 9 juillet 1864 la moitié droite du larynx est très rouge et tuméfiée. M. D... a maigri et s'inquiète du retour rapide de la laryngite. L'enrouement est revenu très intense et la dyspnée a tellement augmenté que le malade est atteint de cornage lorsqu'il monte les escaliers un peu vite. La pression des cartilages cricoïde et thyroïde est devenue doulonreuse. Douleurs lancinantes dans l'oreille droite et gêne pour avaler la salive. Toux. Quelques crachats sanguinolents. En présence de ces symptômes je crains une affection cancéreuse et recommande plus que jamais de cesser l'usage du tabac et des liqueurs et de ne plus s'exposer au froid.

Je fais part de mes craintes à mes savants confrères et compatriotes les Drs Padieu et Josse, qui soignent le malade à Amiens.

12 octobre 1865, M. D... revient à Paris dans un état très alarmant. Il est complètement aphone, atteint d'un cornage continu, de suffocations intermittentes, surtout la nuit. Il éprouve toujours le besoin de cracher, la bouche se remplit à chaque instant de salive sanguinolente. La déglutition est douloureuse, la maigreur s'est accentuée.

A l'examen laryngoscopique, on voit confondus dans une même

masse rouge foncée la moitié de l'épiglotte, le ligament ary-épiglottique, et la corde vocale supérieure du côté droit, formant une sorte de champignon ulcéré en plusieurs endroits, parsemé de stries sanguinolentes, qui obstrue les trois quarts du vestibule laryngien, était au contact de la moitié gauche pendant les efforts de l'inspiration.

L'introduction de l'air ne se fait plus qu'en arrière par un petit pertuis sinueux qui correspond à la glotte intercartilagineuse. Il existe un certain degré d'empâtement à la partie latérale droite du cou douloureux à la pression. L'haleine exhale une odeur caractéristique cancéreuse.

Malgré son état le malade retourne à Amiens après que nous lui avons parlé de la nécessité d'une opération pour obvier aux menaces d'asphyxie.

Nous sommes appelé le 10 novembre à Amiens pour faire la trachéotomie. Mais avant notre arrivée les Dr Josse et Padieu sont forcés par l'imminence de l'asphyxie de faire la trachéotomie. A mon arrivée je trouvai M. D... très heureux de respirer largement par sa canule.

6 décembre. Je revois le malade à Amiens; le gonflement laryngien a diminué et la déglutition est devenue plus facile.

Le malade est revenu à Paris le 13 décembre; il voit M. Fauvel, qui fait des injections phéniquées au 1/1000.

M. D... retourne le 21 décembre à Amiens, on continue ces injections, et il succombe quelques mois après à la cachexie cancéreuse.

Obs. XXVIII. — Du Traité des maladies du larynx, du docteur Fauvel.

Le 11 avril 1874, notre savant collègue et ami le Dr Heurtaux, professeur à l'Ecole de médecine de Nantes, m'adresse M. G... directeur des contributions directes à la Roche-sur-Yon.

C'est au mois de juillet 1874 que M. G... fait remonter sa maladie. Il a eu un rhume à la suite duquel la voix est restée voilée.

Eaux-Bonnes, eau de goudron, etc., jusqu'au mois de février 1874 ; sans résultat. A partir de ce moment, picotement laryngien et apparition d'un ganglion assez douloureux de chaque côté, celui de gauche disparut, mais celui de droite augmenta de volume.

Depuis deux mois il est sujet, me dit-il, à des éternuements violents et répétés, pendant lesquels il rejette de petits grains blancs marbrés de filets de sang. C'est aussi depuis deux mois (février 1874) que la gêne de la respiration est survenue d'une façon constante ; très légère au début, elle est arrivée aujourd'hui aux dernières limites. (Examen laryngoscopique.)

Fauvel engage M. G... à entrer dans une maison de santé, pour se trouver nuit et jour sous la surveillance d'un médecin, qui devra l'appeler au besoin pour faire la trachéotomie.

M. G... entre le soir à la maison du Dr Plouviez. Révulsifs énergiques; purgation; silence absolu. 13 avril, moins de cornage; il augmente les jours suivants. Le 17 avril, Fauvel fait l'opération avec Péan.

Trachéotomie par le procédé de Trousseau (avec lenteur en coupant couche par couche). Aussitôt après l'introduction de la canule, le malade se trouve heureux de respirer largement et de rejeter une grande quantité de mucosités épaisses, amassées depuis longtemps dans les tuyaux bronchiques. Comme toujours, il survient une amélioration très grande dans l'état local, et le malade peut dormir sans crainte d'être réveillé par un accès de suffocation.

5 juillet (lettre de M. G...). L'état de M. G... est de plus en plus grave; de grandes faiblesses surviennent tous les deux ou trois jours et sont suivies de prostration, puis il paraît reprendre un peu de force. Ces souffrances sont beaucoup plus insupportables. Le cou est volumineux, les chairs qui entourent la canule sont gonflées et commencent à se ronger (*sic*) et à couler constamment. Il survient quelquefois du sang en abondance. Dans ce cas, M. G... souffre beaucoup plus et manque d'étouffer. L'insomnie ne lui permet pas une minute de trêve; il endure en même temps des souffrances intolérables.

18 août. Il est survenu un étouffement tel que M. G... asphyxiait.

Le médecin, appelé en toute hâte, n'a eu que le temps d'enfoncer profondément dans la canule un écouvillon. Le lendemain, nouvel étouffement; le malade pratique lui-même l'écouvillonnage et rend ensuite par la canule une énorme quantité de matière purulente et de sang.

Après cela le malade, un peu soulagé, passe la nuit en partie dans son fauteuil, en partie dans son lit. Le malade succombe dans la nuit. La respiration très calme jusqu'au dernier soupir (19 août 1874).

Obs. XXIX. — Du traité des maladies du larynx du docteur Fauvel.

En décembre 1874, je suis appelé en toute hâte pour pratiquer la trachéotomie, à La Ferté-Macé, par M. le Dr Leroy sur M. N..., qui depuis quelques jours a des accès de suffocation formidables. A mon arrivée je trouve le malade trachéotomisé, car il avait eu pendant la nuit un accès si violent qu'il n'y avait plus moyen de retarder, sous peine de voir une asphyxie complète. Le chirurgien, qui n'avait qu'une canule d'enfant, l'avait placée. Je n'eus donc qu'à agrandir l'ouverture trachéale pour y placer une canule du calibre.

Le malade a 42 ans; il a toujours joui d'une bonne santé; l'altération de la voix dure depuis deux ans. Il y a quatre mois la voix était complètement perdue, puis il est survenu une gêne d'abord légère de la respiration, et, depuis trois semaines, des accès de suffocation, revenant surtout la nuit, ont marché en se rapprochant.

Il n'y a qu'un mois que M. N... éprouve de la gêne pour avaler même la salive qui est sécrétée en grande abondance. A l'angle de la mâchoire, du côté gauche, deux ganglions indurés indolores. Tuméfaction d'un rouge brun de la corde vocale supérieure gauche, qui remplit presque tout le larynx. L'aryténoïde gauche est volumineux.

15 décembre. Amélioration sensible dans l'état général. M. N... avale encore avec difficulté les aliments solides, qui pénètrent quel-

quefois dans le larynx. Expectoration abondante de mucosités blanchâtres, jaunâtres, rarement de stries sanguinolentes.

29 décembre. Amélioration de plus en plus sensible. La déglutition se fait beaucoup plus facilement, l'haleine et les crachats ne sont pas fétides. Rejet par la canule et la bouche d'une certaine quantité de sang pur et rouge. L'engorgement de la région laryngienne diminue, mais sur les bords de la plaie trachéale il se forme des bourgeons charnus que le nitrate d'argent ne réprime que difficilement.

24 janvier 1875. L'état général est aussi satisfaisant que possible, mais augmentation sensible des ganglions sous-maxillaires gauches.

25 janvier. Gêne assez notable pour manger. Douleurs dans le larynx, l'oreille gauche et le sommet de la tête. Sommeil moins bon.

24 avril. Pendant trois mois le malade a pu avaler et dormir facilement; mais depuis quelques semaines la déglutition des solides est devenue très difficile. L'insomnie est presque complète. Douleurs lancinantes dans le larynx. Contracture des masséters.

A cette époque Fauvel revoit le malade. La tuméfaction de la corde vocale supérieure gauche a diminué considérablement, mais elle est le siège d'une ulcération grise, ecchymotique, sanglante, qui occupe toute sa surface. Les replis ary-épiglottiques gauches sont rouges et tuméfiés. L'épiglotte est saine. La moitié droite est un peu congestionnée. L'affaiblissement du malade est assez marqué. Il a des quintes de toux qui le font beaucoup souffrir. Il attire surtout notre attention sur la difficulté qu'il a pour mouvoir ses mâchoires.

11 mai. Amélioration légère. Le traitement mercuriel, qui dure depuis un mois, est interrompu à cause de la stomatite. Accès de suffocation occasionnés par la présence de mucosités visqueuses sur la trachée et la canule. Plus de nouvelles de ce malade jusqu'au mois d'octobre, où son médecin, en m'annonçant sa mort, me donne les détails suivants :

« Dans les derniers temps de la vie le sommeil était redevenu bon et les douleurs de la tête avaient disparu. Il s'était formé, en avant du larynx, un abcès fluctuant, qui ne fut pas ouvert. De temps

à autre, hémorrhagies légères, gêne, mais non impossibilité de la déglutition. Quoique le malade pût se nourrir, il maigrissait beaucoup, et sa faiblesse augmenta graduellement. Les suffocations par mucosités devinrent de plus en plus fréquentes. Le Dr Leroy était obligé souvent de faire, avec une éponge, un véritable ramonage de la trachée, ce qui amenait l'expulsion de bouchons muco-purulents et le rétablissement de la respiration.

« Dans les deux derniers jours de la vie, le malade fut en proie à une grande tristesse; sa faiblesse était extrême; le pouls à 130 Il s'éteignait sans agonie, conservant jusqu'au dernier moment l'intégrité de ses facultés intellectuelles. » (Octobre 1875.)

Obs. XII. — Du traité des maladies du larynx du docteur Fauvel.

M. D..., âgé de 52 ans, maigre, d'une taille moyenne, a joui d'une bonne santé jusqu'en 1867. Depuis un an environ il est atteint de temps en temps d'enrouement passager, pendant la durée desquels il éprouve dans le larynx des douleurs lancinantes. En janvier 1868 il fut pris d'un enrouement plus intense.

1er avril 1868, gêne assez notable de la respiration, voix très rauque, il n'a pas eu d'étouffements. Depuis quelques jours il salive beaucoup et est très gêné pour avaler cette salive. Les aliments quels qu'ils soient passent avec la plus grande facilité. Les ganglions du côté gauche du cou sont un peu engorgés. Epiglotte et moitié droite du larynx sont saines. Le côté gauche, au contraire, est le siège d'un œdème rouge, sanguinolent. Cet œdème porte surtout sur la corde vocale supérieure qui a triplé de volume. Elle cache la corde vocale inférieure et fait dans la glotte une saillie qui l'obstrue considérablement. Ce qui explique la gêne de la respiration. Quant à la légère gêne de la déglutition nous en trouvons l'explication dans le gonflement du cartilage aryténoïde gauche.

Traitement mercuriel.

Dans le mois d'avril, et la première moitié de mai, une faible amélioration semble se produire dans l'état de M. D....

Le 12 juin le malade, qui était la veille dans un état satisfaisant, me dit qu'il a été pris la nuit d'un accès de suffocation. L'œdème de la corde supérieure a presque doublé de volume. Les jours suivants l'œdème envahit l'espace interaryténoïdien. La déglutition des liquides est plus difficile. La respiration devient plus gênée. Bruit de cornage rude; il ne peut plus parler qu'en chuchotant. Douleurs vives dans le larynx et l'oreille gauche. Enorme quantité de salive qu'il ne peut plus avaler, quelques crachats sanglants.

Je l'engage à entrer à l'hôpital Lariboisière, où après une succession d'accès de suffocation il est trachéotomisé par le Dr Isambert, suppléant de M. le Dr Moisenet. La trachéotomie est pratiquée par le procédé trop expéditif de Langenbeck; mais il survient immédiatement après la section des anneaux de la trachée une hémorrhagie abondante, pendant laquelle le malade tombe en syncope. On le ranime par la respiration artificielle et les inhalations d'oxygène. Cependant l'hémorrhagie en nappe continuait, et le sang tombant dans la trachée faisait tousser beaucoup le malade que nous craignons de voir à chaque instant mourir suffoqué par le sang. J'arrêtai l'hémorrhagie en comprimant avec des pinces à pansement les bords de la plaie trachéale. C'est alors que nous remarquons une complication facheuse survenue pendant l'hémorrhagie. Le malade a été frappé de paralysie complète du bras gauche, dont la motité et la sensibilité sont complètement abolies. Cette complication persista jusqu'à la mort du malade.

Je revois M. D... deux ou trois fois jusqu'au 5 septembre. L'état général était bon, mais l'ulcération de la corde vocale supérieure faisait chaque jour des progrès.

Tout le larynx est œdématié et bourgeonnant, et la déglutition est douloureuse par suite de l'envahissement de la muqueuse interaryténoïdienne par l'ulcération.

Les douleurs du cou sont très vives, la salivation de plus en plus abondante. De temps à autre il se produit de petites hémorrhagies.

Les ganglions sous-maxillaire et toute la région antérieure du cou sont indurés et douloureux. L'haleine exhale une odeur cancéreuse caractéristique. Je revois le malade le 1er décembre, il a beaucoup maigri et pris la teinte cachectique particulière aux individus atteints de cancer. Il ne peut plus déglutir, il n'ouvre que très difficilement la bouche, car toute la région masséterine des deux côtés est douloureuse. Il souffre des deux oreilles et les articulations temporo-maxillaires, Je ne puis pas faire l'examen laryngoscopique; je constate que M. D... rend par sa canule une assez grande quantité de pus fétide qui a amené une irritation considérable de la peau du cou. Je lui prescris des préparations opiacées et émollientes.

Quelque temps après j'apprends sa mort survenue à l'hôpital Saint-Antoine.

Obs. XX. — Du traité des maladies du larynx du docteur Fauvel.

M. F. R..., 43 ans, fabricant de billards, robuste, éprouvait à certaines époques de l'année, depuis 1864, un léger enrouement qu'il attribuait aux fatigues de sa profession.

En mars 1870 et plus tard en mai l'examen laryngoscopique est fait par M. le Dr Bonnemaison. La partie droite du larynx est soulevée sous forme d'une tumeur englobant la corde vocale supérieure rouge et vascularisée. Traitement antisyphilitique inutile. Vers les premiers jours d'octobre 1870, menaces de suffocation, angoisse vive, respiration laborieuse, la trachéotomie est pratiquée le 20 octobre par le Dr Ribell. Après l'opération le calme renaît chez le malade qui débarrassé des menaces d'asphyxie revient à la vie et prend courage.

Pendant quatre ou cinq mois, appétit, digestion, sommeil, tout s'accomplit d'une manière régulière; pas de dysphagie jusqu'au mois d'avril 1871.

A ce moment le cancer gagne les bords de la plaie de la trachéotomie, la déglutition devient pénible et l'alimentation difficile. Le

malade alors, fatigué de la vie, refuse d'être alimenté par la sonde œsophagienne et expire le 1er juillet 1871 dans un état d'émaciation extrême.

Obs. II. — Du docteur Krishaber. (Annales des maladies de l'oreille et du larynx, 1876, p. 73.)

Je fus consulté par le Dr Richelot (père) pour M. de X..., âgé de 63 ans 1|2, atteint depuis plusieurs années de troubles phonétiques, et depuis plusieurs mois de troubles respiratoires qui, dans les derniers temps, étaient devenus très alarmants. L'examen laryngoscopique me fit reconnaître au niveau de la corde vocale inférieure gauche une grosse tumeur lisse qui était évidemment la cause de l'asphyxie. Nous n'hésitâmes pas à déclarer que dans l'état d'opression du malade la trachéotomie devait être faite le plus tôt possible. M. le Dr Cusco appelé en consultation partageait cet avis et l'heure de l'opération fut immédiatement fixée. Je pratiquai la trachéotomie au galvano-cautère, assisté par MM. Cusco, Richelot père et fils et Planchon. Le malade était très maigre et je ne craignais pas de produire les souffrances et partant les mouvements relatés dans l'observation (page 453) et se rattachant à la fonte du tissu adipeux, mon patient était d'ailleurs un homme d'un grand courage, dont il donna du reste les preuves les plus grandes pendant l'opération supportée avec un calme stoïque.

Je divisai les tissus lentement, comme j'avais fait les précédentes fois, le couteau galvanique étant porté au rouge sombre. Je suis heureux de pouvoir dire que l'opération s'est terminée sans le moindre incident; la mise en place de la canule fut presque aussi facile que sur le cadavre, et les choses se passèrent presque de la même manière au point de vue de la perte du sang; la division d'une artériole et un léger suintement en nappe au niveau de la trachée ont fourni environ une demi-cuillerée de sang. Je n'ai pas fait de ligature, le couteau incandescent ayant facilement arrêté l'hémorrhagie.

Une grosse canule fut mise en place et la respiration se rétablit immédiatement très librement.

M. Richelot (fils), resté près du malade, constata toute la journée un bien-être considérable. Deux jours après l'opération, de petites escharres se détachant de la plaie, il survint pendant mon absence une hémorrhagie secondaire qui, sans être précisement inquiétante, a été cependant plus abondante que l'hémorrhagie constatée pendant l'opération. L'écoulement du sang fut arrêté par M. le D[r] Henriet qui veillait le malade, et tout rentra dans l'ordre.

La cicatrisation de la plaie se fit normalement, malgré le gonflement considérable qui était survenu dès le lendemain de l'opération, et qui diminua lentement. Un mois après l'opération la cicatrisation était à peu près complète; le malade quitta le lit, mangea avec appétit et parut se rétablir. Les choses se passèrent ainsi pendant quinze jours environ, lorsque M. X... fut pris subitement en se réveillant le matin d'un accès de suffocation des plus violents malgré la présence de la canule qui n'était nullement dérangée et laissait un libre passage à l'air; cet accident s'apaisa quelque peu, mais sans qu'il y eut une rémission complète, l'oppression continuait toujours, et à l'auscultation je constatai les signes d'une pleurésie à la base du poumon gauche. Au quatrième jour de la complication que je viens de signaler le malade mourut.

Assisté par MM. les D[rs] Richelot (père et fils) je fis l'autopsie de M. X... et je constatai une immense tumeur cancéreuse de la paroi gauche du larynx; en outre, dans la bronche gauche, deux esquilles osseuses provenant du cricoïde nécrosé, une certaine quantité du liquide purulent dans la plèvre gauche, et des cavernes grosses comme des noix et des noisettes dans les diverses parties des deux poumons.

Obs. VII. — De la thèse du docteur E. Blanc, Paris, 1872. (Curling in Schmidt's Jarhrb., 1861.) Cancer épithélial du larynx.

Un homme âgé de 62 ans vint se faire traiter en octobre 1855 pour

une maladie caractérisée par de la toux, de l'enrouement, de la dyspnée et de la difficulté dans la phonation ; symptômes dont il se plaignait depuis quelques mois. On ne constata pas de trace de syphilis. Considérant le cas comme une laryngite chronique, on traite le malade par le mercure et les vésicatoires répétés appliqués sur la poitrine. Plus tard et pendant longtemps on administra la teinture d'iode à l'extérieur et l'iodure de potassium à l'intérieur. Enfin on lui mit au-dessous du cartilage thyroïde un séton qui résta pourtant plusieurs semaines sans produire de bons effets.

Vers le milieu de septembre 1856 la toux devint continuelle, la dyspnée augmenta, le malade présenta de la cyanose, perdit complètement ses forces, le sommeil l'abandonna presque complètement. Comme on avait lieu de craindre une mort prochaine par suffocation, on fit appeler Debenham en consultation.

Il proposa la trachéotomie, Curling la pratiqua le 19 décembre; il fit une ouverture à la partie supérieure de la trachée et introduisit une canule d'argent. Le résultat de l'opération fut manifestement favorable. La toux disparut, le malade reprit ses forces, et, loin d'être obligé, comme avant l'opération, de garder constamment le lit, il était capable quatre mois après de faire des courses de plusieurs mles.

Une valvule placée dans la canule permettait d'inspirer par le tuyau et d'expirer par le larynx, de sorte que la parole était conservée.

Mais le mal fit des progrès visibles dans le larynx; la valvule de la canule ne fut supportée que pendant quelques semaines et au mois de mai suivant elle ne pouvait être maintenue en place que pendant une demi-minute, ce qui indiquait que le rétrécissement du larynx faisait de grands progrès ; cinq mois avant la mort on apercevait dans la clavicule plusieurs ganglions tuméfiés.

Le malade éprouvait des douleurs lancinantes, et par intervalle de la dysphagie qui permit toutefois pendant toute la maladie l'introduction d'aliments liquides.

Le 24 décembre 1857 le malade mourut par simple épuisement sans dyspnée particulière.

Curling eut l'occasion de recueillir les pièces anatomiques, et observa que l'orifice supérieur du larynx était réduit à une simple fente qui permettait à peine l'introduction du manche du scalpel. La muqueuse de l'épiglotte était très injectée. La cavité du larynx était remplie par une tumeur en forme de chou-fleur de couleur rougeâtre et gris blanchâtre, de consistance molle et friable. La tumeur se prolongeait en partant du bord antérieur du cartilage cricoïde, se dirigeant en bas et en arrière contre la trachée et l'œsophage, et s'ouvrait par une petite ulcération dans l'œsophage au niveau du troisième cartilage trachéal. L'examen microscopique de la tumeur, fait par le Dr A. Clark, confirma l'opinion de Curling que cette tumeur était bien un cancer épithélial.

Obs. IV. — Du traité des maladies du larynx du docteur Fauvel. Carcinome encyphaloïde débutant par la corde vocale supérieure gauche.

M. P..., choriste au théâtre italien de Paris, âgé de 55 ans, vint nous consulter le 12 mai 1863 pour être fixé sur la cause d'un enrouement dont il était atteint depuis six mois et qui l'empêchait de remplir ses fonctions théâtrales. Il est d'une bonne santé générale et vigoureux, et ne se plaint d'aucun symptôme morbide.

A l'examen laryngoscopique nous constatons que la corde vocale gauche est hypertrophiée, granulée, et d'un rouge foncé. Sensation de cuisson dans le larynx avec retentissement dans l'oreille gauche. Traitement spécifique sans résultat.

Le 4 juillet 1863 l'enrouement a augmenté, et d'intermittent est devenu continu. Cautérisation à la teinture d'iode, silence absolu, régime doux.

Le mois d'octobre, douleurs lancinantes dans l'oreille gauche, empâtement de la région cervicale gauche.

Au mois de décembre, bronchite catarrhale intense, avec laquelle apparaissent les symptômes de dyspnée.

Le malade va l'hiver à Menton ; sa dyspnée persiste.

Le 11 avril 1864, l'affection cancéreuse a fait de grands progrès. Toute la masse carcinomateuse gauche fait saillie dans la glotte, et ne laisse plus pour la respiration qu'une petite fente triangulaire dans la région interaryténoïdienne. Aphonie complète. Dyspnée intense. Douleurs lancinantes continues dans l'oreille gauche, et au niveau du cartilage thyroïde; engorgement ganglionnaire sous-maxillaire gauche très marqué. Déglutition douloureuse. Amaigrissement. De concert avec le Dr Tardieu et le Dr Janvel, j'envoie le malade aux eaux de Kreuzmach. Aucune amélioration.

Nélaton fait la trachéotomie le 24 juillet 1864. Pendant les mois de juillet et d'août, sous l'influence du repos de l'organe, il s'est produit une légère amélioration dans l'état local de la muqueuse susglottique, c'est à dire une diminution de la rougeur et de l'œdème de cette muqueuse.

Dans les derniers jours d'août l'inflammation cancéreuse a repris sa marche envahissante. Il survient des ulcères sanieux, grisâtres, sanguinolents sur le repli ary-épiglottique gauche.

Le malade ne mange plus qu'avec douleur et difficulté ; la déglutition amène des quintes de toux et des crachements de sang, et il est continuellement tourmenté du besoin de rendre une grande quantité de salive visqueuse, quelquefois rougeâtre.

Le côté droit du larynx subit la même dégénérescence que le côté gauche. Le malade retourne à Menton, d'où il écrit le 28 octobre 1864 une lettre détaillée sur son état, de laquelle nous extrayons le passage suivant :

« Depuis cinq semaines je me trouve beaucoup plus malade qu'auparavant; je crache le sang et en rends abondamment par l'ouverture de ma trachée. Ma canule représente une canelle de marchand de vin (*sic*) et ça me brûle comme si j'avalais du vitriol. Je vais suivre votre conseil et aller à Amélie-les-Bains. »

M. P... revint à Paris en février 1865, dans un état de cachexie

avancée. Production abondante de champignons sur l'ouverture de la plaie trachéale; sur le conseil de Nélaton on les détruit avec les flèches de Maisonneuve.

Ce malheureux malade, d'un courage et d'une patience à toute épreuve, finit par succomber, ne pouvant plus ni respirer ni s'alimenter.

CONCLUSIONS.

La trachéotomie a une influence très marqué sur la plupart des manifestations du cancer du larynx.

Elle fait cesser immédiatement la dyspnée, les accès de suffocation et la toux.

La dysphonie, et la dysphagie cessent à la suite de l'opération quand elles tiennent à le dyspnée.

La dysphonie, la dysphagie et la douleur diminuent graduellement et finissent souvent par disparaitre quand elles sont liées a une tuméfaction inflammatoire de la muqueuse laryngée provoquée par le voisinage du cancer.

Les symptômes précédents ne subissent aucune modification et continuent à s'aggraver après l'opération lorsqu'ils ont pour cause directe la situation du cancer dans le larynx.

L'état général du malade s'améliore d'autant plus après la trachéotomie que la dyspnée, la douleur et surtout la dysphagie ont diminué d'avantage.

Les malades qui ont subi la trachéotomie vivent en moyenne huit mois de plus que ceux qui ont été abandonnés à eux-mêmes.

QUESTIONS

SUR LES DIVERSES BRANCHES DES SCIENCES MÉDICALES.

Anatomie et histologie normales. — Du cœur et du péricarde.

Physiologie. — De la sécrétion de la salive et de ses usages.

Physique. — Quelles sont les principales sources de la chaleur ?

Chimie. — De la glycérine et des principaux corps gras.

Histoire naturelle. — Des tiges : leur structure, leur direction ; caractères qui distinguent les tiges des monocotylédonées de celle des dycotylédonées. Théorie de leur accroissement.

Pathologie externe. — De la hernie inguinale.

Pathologie interne. — Des concrétions sanguines dans le système veineux.

Pathologie générale. — Des métastases.

Anatomie et histologie pathologiques. — Des lésions des nerfs.

Médecine opératoire. — De la ligature de l'artère fémorale.

Pharmacologie. — Des extraits.

Thérapeutique. — Indications de la médication tonique.

Hygiène. — Action de la lumière sur l'organisme.

Médecine légale. — Du viol.

Accouchements. — Des hémorrhagies puerpérales.

Vu, bon à imprimer,

Le président de la thèse :

BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer,

Le vice-recteur de l'Académie de Paris.

GRÉARD.